

1

Concept herziene Zorgstandaard

2

Tandprothetische Zorg

3

(werktitel)

4

5	<b>Inhoudsopgave</b>	
6	<b>Samenvatting</b> .....	3
7	<b>1. Inleiding</b> .....	5
8	1.1 Passende zorg.....	5
9	1.2 Passende tandprothetische zorg.....	5
10	1.3 Herziening Zorgstandaard ‘Tandprothetische zorg’ .....	6
11	1.4 Leeswijzer .....	7
12	<b>2. De patiënt als vertrekpunt</b> .....	8
13	2.1 Persoonsgerichte zorg.....	8
14	2.2 Samen beslissen in de mondzorg en tandprothetische zorg .....	10
15	2.3 Voorbereiding.....	11
16	2.4 Samen doelen vaststellen .....	12
17	2.5 Samen zorgafspraken maken.....	13
18	2.6 Uitvoering en evalueren .....	16
19	<b>3. Samenwerken rond de patiënt</b> .....	18
20	3.1 Samenwerking binnen het mondzorgteam .....	20
21	3.2 Verbinding met huisartsenzorg en de bredere eerstelijnszorg .....	24
22	3.3 Verbinding met de tweedelijnszorg .....	25
23	3.4 Mondzorg en tandprothetische zorg in het verpleeghuis .....	26
24	<b>4. Opleiding en kwaliteit in de tandprothetiek</b> .....	30
25	4.1 Opleiding en competenties van de tandprotheticus.....	31
26	4.2 Deskundigheidsbevordering van de tandprotheticus .....	32
27	4.3 Richtlijnen en standaarden .....	32
28	4.5 Kwaliteitsindicatoren .....	36
29	4.6 Kwaliteit als keuze-informatie.....	36
30	<b>5. Organisatie van passende (tandprothetische) zorg</b> .....	38
31	5.1 Meenemen van patiënten in het veranderingstraject.....	38
32	5.2 Korte lijnen en vertrouwen binnen het mondzorgteam .....	39
33	5.3 Duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden .....	39
34	5.5 Gezamenlijke opleiding en bij- en nascholing.....	41
35	5.6 Ontwikkeling en vernieuwing van het vakgebied.....	42
36	5.7 Digitalisering binnen de tandprothetiek.....	42

37	5.8 Faciliteren van gegevensuitwisseling via ICT .....	43
38	5.9 Praktijkorganisatie en (regionale/landelijke) ondersteuning .....	44
39	5.10 Adequate bekostiging, vergoeding en transparantie .....	44
40	5.11 Overige organisatorische aspecten .....	45
41	<b>6. Slotsom .....</b>	<b>48</b>
42	<b>Bijlage I: Samenstelling werkgroep Zorgstandaard ‘Tandprothetische zorg’ .....</b>	<b>49</b>
43	<b>Bijlage II: Verschillende behandelopties tandprothetische zorg .....</b>	<b>50</b>
44	<b>Bijlage III: Verklarende woorden- en begrippenlijst .....</b>	<b>58</b>
45	<b>Bijlage IV: Implementatie en onderhoud van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg....</b>	<b>59</b>
46		
47		

## 48 Samenvatting

49

### 50 Persoonsgerichte zorg en multidisciplinaire samenwerking

51 De sleutel voor het leveren van passende (tandprothetische) zorg ligt bij het bieden van  
52 persoonsgerichte zorg. Persoonsgerichte zorg is een manier om zorg op maat te bieden aan mensen  
53 met een gezondheidsprobleem. Kern van persoonsgerichte zorg is dat de persoon centraal staat die  
54 de klacht presenteert. Bij de behandeling staat niet het gezondheidsprobleem voorop, maar de  
55 manier waarop de patiënt in het leven staat en zelf met het probleem omgaat. Patiënten en  
56 zorgverleners beslissen gezamenlijk over hoe een gezondheidsprobleem wordt opgepakt. Ze  
57 bespreken samen aard en achtergrond van het probleem, de verschillende opties om hier mee om te  
58 gaan, de voor- en nadelen van de opties en welke overwegingen belangrijk zijn voor het individu. De  
59 persoonlijke doelen en zorgafspraken komen tot uitdrukking in het individueel zorgplan. In deze  
60 herziene versie van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg komt het persoonsgerichte karakter van  
61 de tandprothetische zorg en de multidisciplinaire samenwerking tussen de betrokken  
62 (mond)zorgverleners nadrukkelijk tot uiting. De (onderliggende) zorgbehoefte van de patiënt staat  
63 hierbij voorop.

64

65 Op geleide van de zorgbehoefte wordt bepaald welke (mond)zorgverlener(s) een bijdrage kunnen  
66 leveren aan het beantwoorden van de zorgvraag. Hierbij is sprake van het 'toegeleiden' van patiënten  
67 naar de meest aangewezen zorgverlener uit het mondzorgteam die de patiënt op dat moment het  
68 beste kan helpen. Op die manier geven de mondzorgverleners uit het mondzorgteam samen invulling  
69 aan persoonsgerichte en samenhangende zorg. De patiënt weet zich door deze multidisciplinaire  
70 samenwerking omringd door de zorg en ondersteuning die hij of zij op dat moment nodig heeft. De  
71 betrokken zorgverleners binnen het mondzorgteam vervullen samen de regiefunctie. Afhankelijk van  
72 de persoonlijke situatie van een patiënt wordt bepaald wie in dat specifieke geval de aangewezen  
73 mondzorgverlener is om binnen het mondzorgteam de regiebehandelaarsfunctie op zich te nemen.

74

75 Het nieuwe kwaliteitsdenken dat daarbij wordt toegepast, biedt mogelijkheden om de voortgang te  
76 monitoren. Het aldus verkregen inzicht in de kwaliteit kan worden gebruikt om samen met alle  
77 betrokken (mond)zorgverleners *te leren en te verbeteren*. Op die manier kunnen tandprothetici en  
78 hun samenwerkingspartners binnen en buiten de mondzorg zich aanpassen aan de veranderende  
79 omstandigheden en de context waarin ze functioneren.

80

81 De herziene Zorgstandaard vormt daarmee ook het kader voor kwaliteitsbewaking en -bevordering,  
82 waarbij aan de hand van de verzamelde gegevens het gesprek wordt gevoerd met patiënten en  
83 tussen (mond)zorgverleners over goede (mond)zorg. Vanuit het vertrouwen in de zorgprofessionals  
84 en hun intrinsieke motivatie kunnen externe toezichthouders (o.a. IGJ) en zorgverzekeraars op grond  
85 van deze kwaliteitscyclus hun toezichthoudende rol vervullen, respectievelijk doelmatige  
86 (tandprothetische) zorg voor hun verzekerden inkopen en vergoeden.

87

88 Op dit moment worden patiënten doorgaans vanuit afgebakende kaders behandeld dan wel  
89 doorverwezen naar andere (mond)zorgverleners. Volgens de gewenste situatie, waarin patiënten het  
90 vertrekpunt vormen en de mondzorgverleners uit het mondzorgteam rond de patiënt staan is sprake  
91 van het 'actief toegeleiden' van de patiënt. Het draait daarbij om vertrouwen tussen zorgverleners  
92 dat de desbetreffende collega uit het mondzorgteam de meest passende zorg kan leveren. Iedere  
93 zorgverlener vervult op basis van zijn of haar competenties een rol in het zorgproces. Bij actieve  
94 toegeleiding hebben de mondzorgverleners uit het mondzorgteam vooraf onderling contact, zodat de

95 'ontvangende mondzorgvervelener' zich kan voorbereiden op de komst van de patiënt en op de  
96 hoogte is van diens voortraject en de reden van de overdracht. Op die manier ontstaat een 'warme  
97 overdracht' van de patiënt van de ene mondzorgprofessional naar de andere mondzorgprofessional.  
98

99 De Zorgstandaard Tandprothetische Zorg beschrijft wat er nodig is om deze veranderingen te  
100 bewerkstelligen. Deze andere benadering veronderstelt de aanwezigheid van een aantal belangrijke  
101 randvoorwaarden die in dit hoofdstuk staan beschreven, namelijk:

- 102 • meenemen van patiënten in het veranderingstraject;
- 103 • korte lijnen en vertrouwen binnen het mondzorgteam;
- 104 • duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling;
- 105 • toereikende capaciteit aan (mond)zorgverleners;
- 106 • gezamenlijke opleiding en bij- en nascholing;
- 107 • ontwikkeling en vernieuwing van het vakgebied;
- 108 • digitalisering binnen de tandprothetiek;
- 109 • faciliteren van gegevensuitwisseling;
- 110 • praktijkorganisatie en (regionale/landelijke) ondersteuning;
- 111 • adequate vergoeding en bekostiging;
- 112 • overige organisatorische aspecten (o.a. patiëntveiligheid en klachtenafhandeling).

113  
114 Het is tijd voor doorontwikkeling van standaard zorg naar persoonsgerichte zorg, die aandacht  
115 besteedt aan de specifieke zorgvraag van een patiënt en dat doet in het perspectief van diens  
116 persoonlijke situatie, diens drijfveren, mogelijkheden, behoeften en voorkeuren. Door deze  
117 benadering ervaren zorgverleners zelf meer professionele autonomie, minder keurslijf, minder  
118 administratieve belasting en kunnen zij meer persoonlijke aandacht besteden aan de patiënt. Dit leidt  
119 naar verwachting tot positieve effecten op de 'quadruple aim' doelstellingen: ervaren gezondheid,  
120 kwaliteit van zorg, zorgkosten en werkplezier.  
121

## 122 **1. Inleiding**

123

124 De grote maatschappelijke opgaven waarmee de zorgsector en de samenleving aan de slag moeten  
125 om zorg toekomstbestendig te maken, liggen op het vlak van mensgerichtheid, houdbaarheid en  
126 duurzaamheid. De gezondheidszorg in Nederland staat de komende jaren voor grote uitdagingen  
127 waarbij de houdbaarheid van de zorg onder druk staat. De toenemende zorgvraag en schaarste aan  
128 personeel en middelen zorgen ervoor dat we, als we niets doen, onze zorg niet op het huidige niveau  
129 kunnen houden. Dit vraagt om verandering en innovatie met de nadruk op preventie, verplaatsing en  
130 verschuiving van zorg. Gezondheidswinst, toegankelijkheid van zorg, verlaging van werkdruk, behoud  
131 van werkplezier en beheersing van de zorgkosten zijn daarbij belangrijke uitgangspunten<sup>1</sup>.

132

### 133 **1.1 Passende zorg**

134 De gezamenlijke opdracht om de zorg mensgericht, houdbaar en duurzaam te maken, betekent dat  
135 iedereen in de zorg aan de slag moet. Volgens het kader Passende Zorg<sup>2</sup> gaat het erom dat ieder  
136 vanuit eigen perspectief en deelbelang de verbinding maakt met het grotere gedeelde belang van de  
137 maatschappelijke opgaven, en andere partijen daarbij betreft als dat nodig is, zowel op landelijk,  
138 regionaal als lokaal niveau. Passende zorg doet daarbij een beroep op de inzet van patiënten,  
139 zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorginkopers en de overheid. Ieder vanuit zijn of haar eigen  
140 verantwoordelijkheid. Passende zorg en ondersteuning vraagt ook om scherpe keuzes en goede  
141 randvoorwaarden. De gevraagde veranderingen zijn dringend nodig om de kwaliteit, toegankelijkheid  
142 en betaalbaarheid van de zorg te behouden en te verbeteren.

143

### 144 **1.2 Passende tandprothetische zorg**

145 Net als in de rest van de Nederlandse gezondheidszorg doen deze uitdagingen zich ook gelden in de  
146 mondzorg en de tandprothetiek. De beschikbare capaciteit van goed opgeleide zorgverleners en  
147 vakmensen staat onder druk. Gelet op de verwachte uitstroom (naar verwachting bereikt de  
148 komende vijf jaar 30-40% van de praktiserend tandprothetici de pensioengerechtigde leeftijd<sup>3</sup> en de  
149 beperkte instroom van ongeveer 20-25 tandprothetici per jaar<sup>4</sup>) ziet het er naar uit dat we ondanks  
150 de digitalisering in de tandprothetiek en tandtechniek handen tekort gaan komen.

151

152 Uit onderzoek van het NIVEL<sup>5</sup> blijkt dat 21% van de respondenten van 18 jaar en ouder een  
153 gebitsprothese heeft. Een groot aantal daarvan bestaat uit ouderen (65+ers). Van de ouderen heeft  
154 een relatief groot deel een al dan niet volledige gebitsprothese.<sup>6</sup> De mondgezondheid van de huidige  
155 ouderen is sterk beïnvloed door de cariësepidemie in de vorige eeuw. De ouderen en de generatie die  
156 nu geleidelijk de pensioenleeftijd bereikt, dragen daarvan nog de sporen. Door de (dubbele)  
157 vergrijzing neemt het aantal ouderen sterk toe. Omdat steeds meer ouderen hun eigen dentitie  
158 (gedeeltelijk) behouden, ontstaat er een toenemende behoefte aan partiële prothetiek en andere

---

<sup>1</sup> Passende tandprothetische zorg, Toekomstvisie voor de tandprothetiek, ONT 2022

<sup>2</sup> Kader Passende Zorg, Zorginstituut Nederland, juni 2022

<sup>3</sup> Inschatting op basis van de leeftijdsopbouw van het ledenbestand van de ONT en de ledenraadpleging van de ONT uit 2021.

<sup>4</sup> Inschatting op basis van het aantal gediplomeerde tandprothetici in de afgelopen jaren.

<sup>5</sup> Wie ziet de tandprotheticus, NIVEL-rapport, 2014

<sup>6</sup> Praktijkwijzer Zorg aan ouderen in de algemene mondzorgpraktijk, KNMT, 2015

159 hybride oplossingen. Daarnaast zijn er steeds meer mensen die problemen ondervinden met hun  
160 eigen gebit door het midden van mondzorg en slechte mondverzorging als gevolg van (financiële)  
161 kwetsbaarheid. Dezelfde trend zien we terug onder jongeren als gevolg van achterblijvende  
162 mondverzorging en/of ongezonde eetgewoonten. Uit cijfers van het Researchcentrum voor Onderwijs  
163 en Arbeidsmarkt (ROA) blijkt dat de behoefte aan tandprothetische zorg de komende jaren zal  
164 toenemen tot 4,3 miljoen Nederlanders in 2030. Dit is een stijging van ruim 8% ten opzichte van  
165 2014.<sup>7</sup>

166  
167 Deze demografische trends en maatschappelijke ontwikkelingen zijn ook van betekenis voor de  
168 mondzorg en tandprothetiek. De complexiteit neemt toe. Dit hangt samen met de veranderende  
169 zorgvraag, de veelheid aan gespecialiseerde zorgverleners en de eerder genoemde maatschappelijke  
170 opgaven. Technologische ontwikkelingen, vooral digitalisering, spelen ook een belangrijke rol<sup>8</sup>. Ze  
171 zullen in de toekomst een steeds grotere rol spelen en gaan de mondzorg ingrijpend veranderen. Het  
172 traject van tandprothetische zorg, of het nu gaat om een volledige of implantaatgedragen  
173 gebitsprothese, krijgt daardoor een ander karakter. Om deze redenen heeft de Organisatie van  
174 Nederlandse Tandprothetici (ONT) besloten tot een herziening van de 'Zorgstandaard  
175 Tandprothetische zorg'. Met de herziene versie van de 'Zorgstandaard Tandprothetische zorg' wil de  
176 ONT het kader schetsen om, in het belang van de patiënt, samen met andere mondzorgpartijen  
177 kwalitatief hoogstaande tandprothetische zorg te realiseren. Het kader is bedoeld voor  
178 patiëntvertegenwoordigers, tandprothetici, andere zorgverleners in de mondzorg, beleidsmakers en  
179 verzekeraars. De 'Zorgstandaard Tandprothetische zorg' maakt voor alle partijen in de zorg inzichtelijk  
180 wat zij kunnen en mogen verwachten van tandprothetische zorg.

181

### 182 1.3 Herziening Zorgstandaard 'Tandprothetische zorg'

183 De Zorgstandaard 'Tandprothetische zorg' beschrijft op hoofdlijnen de gewenste inhoud en  
184 organisatie van de tandprothetische zorg vanuit het perspectief van de patiënt. Dat wil zeggen:  
185 *tandprothetische zorg die aansluit op de individuele behoeften en verwachtingen van patiënten.*  
186 Daarmee wordt ook de positie van de patiënt versterkt: er is transparantie en duidelijkheid over het  
187 zorgaanbod, de kwaliteit en de verantwoordelijkheden. De zorgstandaard geeft een zo actueel  
188 mogelijke beschrijving van deze zorg, die zoveel mogelijk is gebaseerd op wetenschappelijk  
189 onderbouwde inzichten. De zorgstandaard behandelt op hoofdlijnen het complete speelveld van de  
190 tandprothetische zorg, inclusief de organisatie van de zorg en de daarbij behorende indicatoren. De  
191 Zorgstandaard 'Tandprothetische zorg' biedt daarmee een kwaliteitskader (gebaseerd op wetgeving,  
192 richtlijnen, protocollen, onderlinge afspraken, et cetera) waaraan tandprothetische zorg zowel  
193 inhoudelijk als organisatorisch zou moeten voldoen.

194

195 Voor de herziening van de zorgstandaard is door de ONT een werkgroep ingesteld die naast  
196 tandprothetici ook bestaat uit vertegenwoordigers van tandartsen en mondhygiënist<sup>9</sup>. De herziene  
197 versie van de zorgstandaard 'Tandprothetische zorg' die door de werkgroep is ontwikkeld, gaat verder  
198 dan een synthese van bestaande documenten, wetgeving, et cetera. De zorgstandaard bevat  
199 elementen die nog niet zijn opgenomen in richtlijnen. Deze behoeven in praktijk soms nog nadere  
200 uitwerking. De Zorgstandaard 'Tandprothetische zorg' schetst daarmee een toekomstperspectief dat  
201 de komende jaren stapsgewijs wordt ingevuld. Zorgverleners zullen in concrete situaties relevante

---

<sup>7</sup> Wie ziet de tandprotheticus, NIVEL-rapport, 2014

<sup>8</sup> Beroepsprofiel Tandprothetiek, ONT, 2018

<sup>9</sup> Zie bijlage I voor de volledige samenstelling van de werkgroep.

202 (risico)factoren afwegen en, in samenspraak met de patiënt, het beleid vormgeven. Zij kunnen daarbij  
203 beredeneerd afwijken van het beleid dat wordt beschreven in richtlijnen. Dat laat onverlet dat  
204 richtlijnen en standaarden bedoeld zijn om te fungeren als maat en houvast voor zowel zorgverleners  
205 als patiënt.

206  
207 De zorgstandaard is een levend document. In de zorgstandaard zijn werkwijzen en een beschrijving  
208 van zorg opgenomen die in de praktijk algemeen gebruik zijn: *de werkelijkheid (ist)*. Daarnaast biedt  
209 de standaard ruimte voor (innovatieve) ontwikkelingen richt *de gewenste situatie (soll)*. Periodiek en  
210 zo vaak als actualisatie van de onderliggende richtlijnen en andere actuele ontwikkelingen hiertoe  
211 aanleiding geven, zal de ONT zich beraden op de vraag of aanpassingen van de zorgstandaard  
212 wenselijk en noodzakelijk zijn. Met het oog op de toepassing in de praktijk zal als onderdeel van de  
213 zorgstandaard een implementatieplan worden ontwikkeld. Het implementatieplan dat bij deze  
214 standaard hoort, zal worden opgesteld in overleg met alle bij de tandprothetische zorg betrokken  
215 partijen. Onderdeel van het implementatieplan is ook het beheer en onderhoud van de  
216 zorgstandaard Tandprothetische Zorg.

217  
218 Daarnaast zullen in samenspraak met de Patiëntenfederatie Nederland de mogelijkheden worden  
219 verkend voor het ontwikkelen van handzame en begrijpelijke informatie die is gebaseerd op deze  
220 Zorgstandaard. De informatie kan onder meer bestaan uit praktische materialen die ondersteunend  
221 zijn voor het zorgproces. Hierbij zal rekening worden gehouden met mensen met beperkte  
222 gezondheidsvaardigheden, laaggeletterden en anderstaligen.

223

## 224 1.4 Leeswijzer

225 De Zorgstandaard Tandprothetische Zorg is opgebouwd uit vijf hoofdstukken die gezamenlijk een  
226 integraal kader bieden voor passende tandprothetische zorg. De inleiding biedt een beknopte  
227 toelichting op het concept Passende Zorg en de toepassing ervan binnen de tandprothetische zorg.  
228 Tevens wordt de aanleiding en achtergrond van de herziening van deze zorgstandaard toegelicht. In  
229 het tweede hoofdstuk staat de patiënt centraal als uitgangspunt voor zorgverlening. Het belang van  
230 persoonsgerichte zorg en het proces van 'samen beslissen' met de patiënt worden uitgediept. De  
231 belangrijkste stappen binnen dit proces worden in de deelhoofdstukken nader toegelicht. Het derde  
232 hoofdstuk richt zich op de samenwerking tussen zorgverleners die betrokken zijn bij tandprothetische  
233 zorg. Zowel professionals binnen het mondzorgteam, zoals tandartsen, mondhygiënist, tandprothetici en mka-chirurgen, als zorgverleners daarbuiten, zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en logopedisten, spelen een cruciale rol. Ook wordt de invloed van andere sectoren, zoals verpleeghuizen en het sociaal domein, belicht. Vervolgens behandelt hoofdstuk vier de opleiding en competenties van de tandprothetiscus, deskundigheidsbevordering, richtlijnen en standaarden en het kwaliteitsbeleid binnen de tandprothetische zorg. Kwaliteitsindicatoren en methoden om de kwaliteit van zorg te waarborgen worden hier eveneens besproken. In het slothoofdstuk worden de verschillende elementen uit deze zorgstandaard samengebracht. Er wordt uiteengezet wat er nodig is om passende tandprothetische zorg te organiseren en te realiseren, waarbij de huidige situatie wordt vergeleken met de stappen die nodig zijn om tot een gewenste situatie te komen.

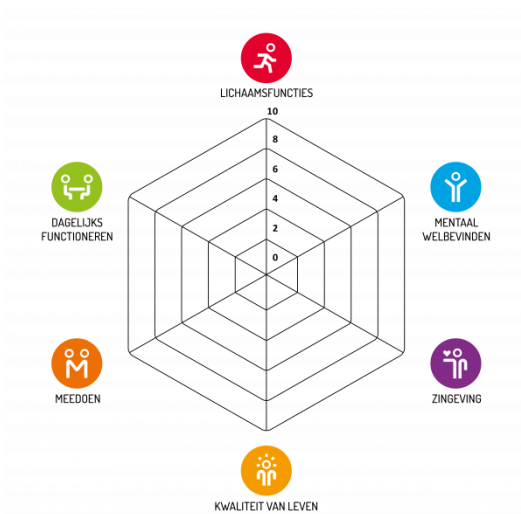
244



## 245 2. De patiënt als vertrekpunt

246

247 De sleutel voor het leveren van passende (tandprothetische) zorg ligt bij het bieden van  
248 persoonsgerichte zorg. Persoonsgerichte zorg is een manier om zorg op maat te bieden aan mensen  
249 met een gezondheidsprobleem. Patiënten worden daarbij benaderd vanuit het concept van positieve  
250 gezondheid, waarbij gezondheid breder wordt omschreven dan tot nu toe in de medische wereld  
251 gebruikelijk was, namelijk als: *'het vermogen van een persoon om zich aan te passen en eigen regie te*  
252 *voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'*<sup>10</sup>. De zes  
253 dimensies van positieve gezondheid (lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van  
254 leven, meedoen en dagelijks functioneren) volgens de nieuwe definitie van Machteld Huber worden  
255 visueel weergegeven in het onderstaande spinnenwebmodel.  
256



257

258 *Figuur 1 Het model van positieve gezondheid*

259

### 260 2.1 Persoonsgerichte zorg

261 Het concept van positieve gezondheid past bij het bieden van persoonsgerichte zorg. Kern van de  
262 persoonsgerichte benadering is dat een zorgverlener niet de klacht of aandoening centraal stelt, maar  
263 de persoon die de klacht presenteert. Bij de behandeling staat niet het gezondheidsprobleem  
264 centraal, maar de manier waarop de patiënt in het leven staat en zelf met het probleem omgaat.  
265 Patiënten en zorgverleners beslissen gezamenlijk over hoe een gezondheidsprobleem wordt  
266 opgepakt. Gezamenlijke besluitvorming wordt gedefinieerd als het proces waarin zorgverleners en  
267 patiënten in gezamenlijkheid tot besluiten komen die het best passen bij de patiënt en zijn  
268 individuele situatie<sup>11</sup>. Het gaat hierbij om het uitwisselen van informatie, zowel van zorgverleners  
269 naar patiënten als vice versa. Patiënt en zorgverlener bespreken samen de aard en achtergrond van  
270 het probleem, de verschillende opties om hier mee om te gaan, de voor- en nadelen van de opties en

<sup>10</sup> Huber et al (2011). How should we define health? British Medical Journal (BMJ).

<sup>11</sup> Shared decision making in the Netherlands, is the time ripe for nationwide, structural implementation? Van der Weijden T e.a. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 105(4), 283-288, 2012

271 welke overwegingen belangrijk zijn voor de betreffende patiënt<sup>12</sup>. Deze uitwisseling moet leiden tot  
272 een gezamenlijk genomen beslissing over de te leveren zorg<sup>13</sup>. In het gesprek met de patiënt gaat het  
273 er vooral om zijn of haar motivatie, mogelijkheden en behoeften boven tafel te krijgen en zorg hierop  
274 te laten aansluiten. De principes van persoonsgerichte zorg en ‘samen beslissen’ vormen hiervoor de  
275 basis.

276

### 277 *Casus A: Muhamed*

---

278

279 *Muhamed is een 44-jarige man, geboren in Afghanistan en sinds 2004 woonachtig in Nederland met zijn*  
280 *gezin. Hij woont in Hoofddorp en werkt als logistiek medewerker bij Decathlon. Zijn zoon is onlangs*  
281 *gescout door Jong Ajax, iets wat het gezin erg trots maakt*

282 *Medisch gezien is Muhamed ASA-classificatie 2 vanwege zijn astma, waarvoor hij dagelijks meerdere*  
283 *puffers en gerelateerde medicatie gebruikt. Zijn mondgezondheid is in het verleden sterk beïnvloed door*  
284 *langdurig roken, wat heeft geleid tot ernstige parodontale problemen en uiteindelijk het verlies van zijn*  
285 *natuurlijke gebit. Sindsdien draagt hij een volledige gebitsprothese.*

286 *Hoewel hij al geruime tijd een prothese heeft, ervaart hij voortdurend ongemak en pijn bij het dragen ervan.*  
287 *De klachten beïnvloeden zijn dagelijks functioneren en voedingspatroon. Omdat zijn kinderen onder*  
288 *behandeling zijn bij een recent geopende tandartspraktijk in de buurt, besluit Muhamed hier zelf ook een*  
289 *afpraak te maken. Tijdens zijn bezoek legt hij zijn situatie voor aan tandarts Sophie, een jonge en*  
290 *gemotiveerde tandarts, en vraagt hij om advies over mogelijke oplossingen voor zijn aanhoudende*  
291 *klachten.*

### 292 **Behandelroute en overwegingen**

293 *Wanneer Muhamed zijn klachten voorlegt aan tandarts Sophie, constateert zij dat hij veel last heeft van*  
294 *zijn huidige gebitsprothese. Omdat zij zelf beperkte ervaring heeft met prothetische voorzieningen, besluit*  
295 *ze door te verwijzen naar een tandprotheticus voor een verdere beoordeling en mogelijke oplossing. In*  
296 *veel gevallen kan de tandprotheticus beoordelen of de huidige prothese aangepast kan worden of dat een*  
297 *nieuwe voorziening noodzakelijk is.*

298 *De tandprotheticus beoordeelt de mondsituatie van Muhamed en stelt enkele belangrijke vragen:*

- 299
- *Is de huidige prothese nog adequaat of zijn er verbeteringen mogelijk?*
  - *Kan de bestaande prothese aangepast of gerepareerd worden?*
  - *Is er een wens of indicatie om over te stappen op een implantaatgedragen voorziening?*
- 301

302 *Indien Muhamed implantaten overweegt, wordt hij doorverwezen naar een implantoloog. Hierbij spelen*  
303 *medische factoren, zoals zijn astma en medicijngebruik, een belangrijke rol in de behandelplanning. Een*  
304 *goede afstemming tussen de tandprotheticus en implantoloog is essentieel om te voorkomen dat*  
305 *implantaten verkeerd worden geplaatst of dat de prothetische voorziening niet optimaal functioneert. De*  
306 *uiteindelijke keuze voor de behandeling wordt gemaakt in samenspraak tussen de zorgverleners en de*  
307 *patiënt, waarbij de voor- en nadelen zorgvuldig worden afgewogen.*

308 *Tijdens de behandeling wordt opgemerkt dat Muhamed mogelijk kampt met psychische klachten als*  
309 *gevolg van trauma, wat zich onder andere uit in knarsen. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor zijn*

---

<sup>12</sup> Op weg naar eenheid van taal Een handreiking voor een eenduidig begrippenkader voor zelfmanagement bij chronische aandoeningen, Zelfzorg Ondersteund, november 2016.

<sup>13</sup> Ouwens M e.a. Shared decision making & Zelfmanagement. Literatuuronderzoek naar begrippen. Nijmegen: UMC St Radboud, IQ healthcare, 2012.

310 *gebtsprothese en het behandelresultaat. In overleg kan de tandarts een voorziening maken om het*  
311 *knarsen te verminderen, maar dit vraagt ook om een bredere aanpak met andere (mondzorg)disciplines.*

312

313 *Deze casus laat duidelijk zien hoe de patiënt als vertrekpunt kan worden genomen tijdens een*  
314 *behandeling in plaats van het gezondheidsprobleem. Daarnaast onderstreept deze casus het belang van*  
315 *een multidisciplinaire aanpak en goede samenwerking tussen tandarts, tandprotheticus, implantoloog en*  
316 *mondhygiënist om tot een passende en duurzame oplossing te komen voor de patiënt.*

317

318

## 319 2.2 Samen beslissen in de mondzorg en tandprothetische zorg

320 Onder invloed van het concept van positieve gezondheid en persoonsgerichte zorg verandert ook de  
321 invulling van de mondzorg en de tandprothetiek. De tandprothetische zorg richt zich primair op het  
322 herstel van het kauwvermogen en de fonetiek (de spraak) van de patiënt en het esthetische aspect.  
323 Het betekent dat functieverlies wordt herkend, waarna adequaat wordt gehandeld om dit verlies,  
324 met oog voor esthetiek, te herstellen. Een behandeltraject binnen de tandprothetische zorg bestaat  
325 over het algemeen uit<sup>14</sup>:

- 326 • het onderzoeken van de mond van een patiënt om zicht te krijgen op de mogelijkheden en  
327 beperkingen voor het toepassen van een gebtsprothese;
- 328 • het aanmeten, maken en plaatsen van een volledige gebtsprothese voor de bovenkaak en/of  
329 onderkaak bij patiënten die een gebtsextractie hebben ondergaan;
- 330 • het aanmeten, maken en plaatsen van een gedeeltelijke gebtsprothese voor de boven- en/of  
331 onderkaak bij patiënten (hiervoor is een verwijzing van een tandarts nodig);
- 332 • het repareren van gebtsprothesen;
- 333 • het geven van voorlichting en advies aan patiënten over de gebtsprothese en het onderhoud  
334 of gebruik daarvan.

335

336 Bij (tandprothetische) behandelingen zijn er verschillende beslissingen te nemen. De patiënt en  
337 mondzorgverleners beslissen gezamenlijk hoe een zorgvraag wordt opgepakt. Deze beslissingen  
338 komen tot stand in een dialoog tussen de patiënt en de zorgverlener. In het proces van samen  
339 beslissen stellen zorgverlener en patiënt samen het persoonlijke doel van de patiënt vast en spreken  
340 ze af hoe ze deze doelstelling willen bereiken. Behandeldoelen en afspraken vormen samen de kern  
341 van het individuele mondzorgplan. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat goede inrichting en  
342 ondersteuning van dit besluitvormingsproces patiënten helpt. De resultaten laten zien dat het  
343 toepassen van de principes van Samen Beslissen met name een positief effect heeft op de mate  
344 waarin patiënten geïnformeerd zijn over de te volgen behandeling<sup>15</sup>. Daarnaast leidt Samen Beslissen  
345 tot minder spijt van de genomen beslissing. Hierbij lijkt met name de inzet van keuzehulpmiddelen  
346 om patiënten te ondersteunen bij het nemen van de beslissing een positief effect te hebben. Zo  
347 verhogen keuzehulpmiddelen het kennisniveau van de patiënt, leiden keuzehulpen tot een meer  
348 accurate inschatting van de risico's van de verschillende behandelopties en verhogen ze de  
349 assertiviteit van de patiënt tijdens het besluitproces. Een beeld dat wordt bevestigd door de

---

<sup>14</sup> Tekst gebaseerd op het huidige Besluit Opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus

<sup>15</sup> Samen Beslissen in de praktijk. Onderzoek in opdracht van het Zorginstituut, L. Boonen, S. Ybema, Y la Grouw, K. Kee en H.Taverne, Equalis en VU, 2019

350 Patiëntenmonitor Mondzorg<sup>16</sup>, waaruit blijkt dat de tandprotheticus ruim de tijd neemt voor het  
351 doorspreken van de behandeling met de patiënt, veel ruimte biedt voor het stellen van vragen, en  
352 vaak met de patiënt beslist over de behandeling.

353

354 Het proces van gezamenlijke besluitvorming bestaat uit de volgende stappen<sup>17</sup>:

355

- voorbereiding;
- samen doelen stellen;
- samen zorgafspraken maken;
- afspraken uitvoeren en evalueren.

356

357

358

359



360

361

362 *Figuur 2 Het proces van gezamenlijke besluitvorming*

363

364 Het proces van gezamenlijke besluitvorming heeft een cyclisch karakter. Dit betekent dat de  
365 verschillende onderdelen niet noodzakelijkerwijs binnen één consult in de aangegeven volgorde  
366 hoeven te worden uitgevoerd. De onderdelen kunnen worden verdeeld over meerdere gesprekken.  
367 Afhankelijk van de patiënt en diens problematiek kunnen deze stappen meer of minder diepgravend  
368 worden doorlopen.

369

### 370 2.3 Voorbereiding

371 Het voorlichten van de patiënt is essentieel om de patiënt een goed begrip te geven van wat hij of zij  
372 kan verwachten en om een actieve en betrokken rol in het behandeltraject te bevorderen. Veel  
373 patiënten zijn in hun dagelijks leven niet gewend om bewust en expliciet doelen en zorgafspraken te  
374 formuleren. Daarom is een goede uitleg hierover, eventueel ondersteund met voorbeelden,

<sup>16</sup> Patiëntenmonitor mondzorg, Patiëntenfederatie Nederland, 2022

<https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/monitor/1193-patiëntenmonitor-mondzorg/file>

<sup>17</sup> Handreiking "Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken", InEen, Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht, 2015 <https://ineen.nl/wp-content/uploads/2021/08/Handreiking-Gezamenlijke-Besluitvorming-Uitgebreide-document-2.pdf>

375 noodzakelijk om de verwachtingen aan beide kanten duidelijk te maken. De uitleg aan de patiënt kan  
376 gaan over het behandelplan, de specifieke reden van de hulpvraag, verwachtingen omtrent comfort,  
377 functie en esthetiek. Vervolgens ontvangt de patiënt algemene informatie over het verloop van het  
378 behandeltraject. Hierbij kan worden gedacht aan een overzicht van de verschillende stappen in het  
379 behandeltraject, van de eerste afspraak tot de afronding van de behandeling, een bijbehorende  
380 tijdlijn en wat de patiënt kan verwachten tijdens elke fase van de behandeling.

381  
382 Mondzorgverleners en tandprotheticici geven de patiënt informatie over de verwachte verloop van een  
383 behandeling, het verwachte resultaat en eventuele complicaties. De mondzorgverleners drukken zich  
384 voor patiënten goed en begrijpelijk uit en verstrekken alle informatie in voldoende mate en op een  
385 begrijpelijke manier. Daarbij krijgt de patiënt ook goede informatie over wat hij zelf zou kunnen doen.  
386 Op [www.kunstgebit.nl](http://www.kunstgebit.nl) kunnen patiënten hierover veel nuttige en bruikbare informatie vinden.

387  
388 De mondzorgverleners mogen in staat worden geacht goed om te gaan met eventuele angsten van  
389 de patiënt voor de mondzorg. Vanwege hun rol in het behandeltraject, is het van groot belang dat zij  
390 een vertrouwensband opbouwen met de patiënt. Door het creëren van een vertrouwensband is een  
391 tandprotheticus in staat de patiënt zoveel mogelijk gerust te stellen bij de behandeling.  
392 Uit de eerder aangehaalde Patiëntenmonitor Mondzorg van de Patiëntenfederatie<sup>18</sup> blijkt dat  
393 tandprotheticici er over het algemeen goed in slagen om samen met patiënten de behandeling door te  
394 spreken, ruimte bieden voor het stellen van vragen en zo tot een gezamenlijk besluit over de meest  
395 geschikte behandeling te komen.

396  
397 Extra aandacht voor anderstaligen en laaggeletterden  
398 Het is ook van belang dat er goede informatievoorziening beschikbaar is voor laaggeletterde en/of  
399 anderstalige patiënten. De uitleg kan toegankelijker gemaakt worden door gebruik te maken van  
400 heldere en eenvoudige taal, technische termen te vermijden en bijvoorbeeld gebruik te maken van  
401 visuele hulpmiddelen zoals animaties en infographics. Er bestaan verschillende tools om informatie  
402 op een begrijpelijke manier over te brengen. Een voorbeeld is de digitale uitlegmodule van Steffie  
403 (<https://kunstgebit.steffie.nl/nl/>).

## 404 2.4 Samen doelen vaststellen

405 Persoonsgerichte zorg stelt de persoonlijke doelen van de patiënt centraal. Deze doelen ontstaan  
406 door het combineren van het patiëntperspectief met het professionele perspectief van de  
407 zorgverlener. Het samen met de patiënt vaststellen van de doelen verloopt volgens een aantal  
408 stappen:

- 409 1. Exploreren (patiëntperspectief): wat is de huidige situatie van de patiënt, wat zijn de eerdere  
410 ervaringen van de patiënt en wat zijn de behandelwensen
  - 411 2. Informeren (zorgverlenersperspectief): relevante informatie over de mogelijkheden; in welke  
412 mate sluiten deze aan bij de (behandel)wensen van de patiënt
  - 413 3. Doelen formuleren (integratie van patiënten- en zorgverlenersperspectief): bespreken en  
414 vaststellen van de behandeldoelen, verkennen van mogelijke behandelingen die hierbij  
415 aansluiten
- 416

---

<sup>18</sup> Patiëntenmonitor mondzorg, Patiëntenfederatie Nederland, 2022  
<https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/monitor/1193-patiëntenmonitor-mondzorg/file>

417 Het is essentieel om de huidige en gewenste situatie van de patiënt goed te verkennen en inzicht te  
418 krijgen in wat de patiënt belangrijk vindt en wat de verwachtingen zijn voor het eindresultaat. De  
419 mondzorgverlener/tandprotheticus bevroegt de patiënt over relevante aandoeningen, medicatie en  
420 veranderingen in de algemene gezondheidstoestand die van invloed kunnen zijn op een veilige en  
421 effectieve behandeling. Op basis van de specifieke situatie van de patiënt kunnen tandprotheticus en  
422 andere mondzorgverleners passende informatie en advies geven. In overleg kunnen de patiënt en de  
423 zorgprofessionals vervolgens hun perspectieven integreren en gezamenlijk het gewenste  
424 eindresultaat bepalen. Op geleide van hun bevindingen komen de patiënt en de betrokken  
425 zorgverleners op die manier gezamenlijk tot besluiten over de behandeling, advisering of  
426 doorgeleiding.  
427

## 428 2.5 Samen zorgafspraken maken

429 Wanneer de persoonlijke doelen van de patiënt duidelijk zijn, zowel voor de patiënt als de  
430 zorgprofessional, kunnen zorgafspraken worden opgesteld die nodig zijn om het doel te bereiken.  
431 Tandprotheticici en andere mondzorgverleners verstrekken informatie over de verschillende  
432 behandelopties en de mogelijkheden voor preventie (voor- en nadelen van behandelingen en niet  
433 behandelen). Hierbij kan ook aandacht worden besteed aan de eigen rol van de patiënt in het  
434 zorgproces: Wat kan een patiënt zelf doen om het behandelgoal te bereiken?  
435 De patiënt kan zelf ook initiatieven nemen ten behoeve van gezamenlijke besluitvorming,  
436 bijvoorbeeld door de methode '3 Goede Vragen' te gebruiken.<sup>19</sup> Hij stelt in dat geval drie eenvoudige  
437 vragen: 'Wat zijn mijn mogelijkheden?', 'Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden?'  
438 en 'Wat betekent dat in mijn situatie?'. Ervaringen in het buitenland hebben geleerd dat patiënten  
439 hierdoor betere informatie kregen over behandelmogelijkheden, voordelen en risico's. Bovendien  
440 duurden de gesprekken met zorgverleners er niet langer door.<sup>20</sup>  
441

442 Een patiënt kan alleen keuzes maken als inzicht wordt geboden in tandprothetische zorg en de  
443 verschillende kwaliteitsaspecten van deze zorg. Dit is een belangrijke voorwaarde voor gezamenlijke  
444 besluitvorming. Alle tandprotheticici en andere mondzorgverleners, hun praktijken en betrokken  
445 organisaties (o.a. de ONT, KNMT, NVM-mondhygiënisten, SNTI en de Opleiding Tandprothetiek)  
446 werken mee aan het verzamelen en ontsluiten van deze informatie. Deze informatie voldoet aan de  
447 volgende voorwaarden:

- 448 • de informatie is helder, volledig, betrouwbaar en op elkaar afgestemd (de schriftelijke en  
449 mondelinge informatie komen overeen of zijn in elk geval op elkaar afgestemd, onafhankelijk  
450 van welke zorgverlener de informatie geeft of waar de patiënt deze informatie leest);
- 451 • de informatie speelt niet alleen in op de medische aspecten, maar ook op de persoonlijke  
452 situatie van een patiënt;
- 453 • de informatie wordt tijdig gegeven.

---

<sup>19</sup> De methode '3 goede vragen' vindt zijn oorsprong in het buitenland. Via zogenaamde 'Ask 3 questions'-campagnes werden zorgconsumenten op een succesvolle wijze gestimuleerd om mee te praten over hun zorg. Patiëntenfederatie NL en de Federatie Medisch Specialisten hebben deze methode vertaald naar de Nederlandse situatie.

<sup>20</sup> Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial. Shepherd HL et al. Pat Educ Counsel 2011;84:379-85.

The Health Foundation. MAGIC: Making Good Decisions in Collaboration. Shared decision making as part of everyday practice. 2012. The Health Foundation. Case Study: Developing the 'Ask 3 Questions' campaign to raise people's awareness of shared decision making. 2013.

454  
455  
456  
457  
458  
459  
460  
461  
462  
463  
464  
465  
466  
467  
468  
469  
470  
471  
472  
473  
474  
475  
476  
477  
478  
479  
480  
481  
482  
483  
484  
485  
486  
487  
488  
489  
490  
491  
492  
493  
494  
495  
496  
497  
498

De tandprotheticus/mondzorgverlener stemt per patiënt af hoeveel en welke informatie wanneer wordt verstrekt.

Bij het maken van de zorgafspraken is het belangrijk om aandacht te besteden aan de volgende zaken<sup>21</sup>:

- Keuzeprocess toelichten: aangeven dat er echt iets te kiezen valt
  - Opties bespreken: De beschikbare behandelopties zijn afhankelijk van de individuele situatie die per patiënt kan verschillen. Het gesprek hierover met de patiënt vraagt maatwerk en een zorgvuldige afweging van de mogelijkheden. De meest voorkomende behandelopties zijn:
    - Conventionele prothese: een uitneembare gebitsprothese die ontbrekende tanden en omliggende weefsels vervangt.
    - Partiële prothese: een uitneembare voorziening die een deel van het gebit vervangt. In tegenstelling tot een volledige prothese, die alle tanden in een kaak vervangt, wordt een partiële prothese gebruikt wanneer er nog eigen tanden aanwezig zijn. Dit type prothese vult de open ruimtes op en helpt om de bestaande tanden op hun plaats te houden.
    - Immediaatprothese: een tijdelijke prothese die direct na het trekken van tanden wordt geplaatst. Dit voorkomt dat de patiënt tijdens de genezingsperiode na extracties zonder tanden hoeft rond te lopen.
    - implantaatgedragen prothese / overkappingsprothese: een gebitsprothese die rust op implantaten die in de kaak zijn geplaatst en op het tandvlees.
    - Rebasings: een procedure waarbij de pasvorm van een bestaande prothese wordt verbeterd door de basis ervan te vernieuwen. Tijdens de jaarlijkse controle bij de tandprotheticus of tandarts/implantoloog kan worden geconstateerd dat de prothese onvoldoende retentie heeft of dat de pasvorm niet meer optimaal is als gevolg van voortschrijdende resorptie. In dat geval kan worden gekozen voor rebasing. Ook kan de patiënt zich met klachten melden bij een van de behandelaren.
    - Vervangende prothese: tijdens de jaarlijkse controle bij de tandprotheticus of tandarts/implantoloog kan blijken dat de prothetische voorziening niet meer voldoet aan de geldende criteria. Het is ook mogelijk dat de patiënt zelf klachten ervaart met betrekking tot de implantaatgedragen voorziening en zich hiervoor tot een zorgverlener wendt.
- Een gedetailleerde uitwerking van deze behandelopties is opgenomen in een verdiepende bijlage.
- Samen beslissen: tandprotheticus en patiënt besluiten samen hoe het individuele mondzorgplan er uit zal gaan zien.

## Informed consent

Binnen de tandprothetische zorg respecteren alle zorgverleners te allen tijde het recht van de patiënt op informed consent, zoals vastgelegd in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Op basis van volledige informatie maakt de patiënt geïnformeerde keuzes ten aanzien van de te leveren zorg. Een onlosmakelijk onderdeel van informed consent is informed refusal: het recht om af te zien van voorgestelde behandelingen. De uiteindelijke beslissingsbevoegdheid ligt bij de patiënt zelf.

---

<sup>21</sup> Shared decision making: a model for clinical practice. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. J Gen Intern Med. 2012;27:1361-7.

499  
500  
501  
502  
503  
504  
505  
506  
507  
508  
509  
510  
511  
512  
513  
514  
515  
516  
517  
518  
519  
520  
521  
522  
523  
524  
525  
526  
527  
528  
529  
530  
531  
532  
533  
534  
535  
536  
537  
538  
539  
540  
541  
542  
543

## Individueel mondzorgplan

Volgens de afspraken uit het traject van gezamenlijke besluitvorming stelt de tandprotheticus een individueel mondzorgplan op. De functie van het individueel mondzorgplan is:

- het bieden van een handvat voor regie en zelfmanagement voor de patiënt (benadrukken van de actieve rol van de patiënten op momenten van besluitvorming);
- het inventariseren, bespreken en indien nodig verhelderen van de wensen, behoeften, verwachtingen van de patiënt;
- inzicht geven in de rol en de verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners;
- ondersteunen van gezamenlijke besluitvorming;
- en noteren van gemaakte afspraken tussen zorgverleners en de patiënt.

In het plan worden alle aspecten vastgelegd die van belang zijn bij de zorg en behandeling van de patiënt. Het individuele mondzorgplan beschrijft minimaal de zorgvraag, diagnose, doelen, aanpak en overeengekomen tandprothetische behandeling. Het plan voorziet in een realistische tijdsplanning, inclusief een mogelijk traject van nazorg. De zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt, worden in dit plan zoveel mogelijk bij naam genoemd. Verder wordt de verdeling van hun verantwoordelijkheden beschreven (zie ook paragraaf 5.3).

Rekening houdend met de persoonlijke voorkeuren van de patiënt, sluit het plan aan op de eventueel geconstateerde risico's en beschrijft het alle belangrijke momenten en afspraken tijdens de behandeling. Het zorg- & behandelplan helpt de patiënt inzicht te krijgen in het behandelproces. Het kan de patiënt zo nodig ondersteunen bij noodzakelijk preventieve maatregelen. Het is daarom vanzelfsprekend dat de patiënt zelf direct betrokken is bij het opstellen van het plan. Dit garandeert dat het plan is aangepast aan kennisniveau, leeftijd, leefwijze, sociaal-economische status, taalniveau, culturele achtergrond, et cetera. Dit plan is op verzoek digitaal beschikbaar voor zowel de patiënt als betrokken zorgverlener(s).

Bij het verzamelen, vastleggen en overdragen van gegevens respecteren zorgaanbieders de privacyregels, wetgeving en beroepsregels (volgens de Algemene Verordening Gegevensbescherming). Mondzorgverleners hebben conform de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg een geheimhoudingsplicht. Bij besluiten over behandeling en zorg en bij overdracht en opslag van gegevens uit het patiëntendossier is expliciete toestemming van de patiënt vereist (conform de WGBO).

Het plan is eigendom van de patiënt. De patiënt heeft te allen tijde recht op inzage in en op een kopie van het eigen dossier. Zo kan de patiënt zelf meekijken naar wat wanneer gaat plaatsvinden. Als de patiënt onvoldoende toegang heeft tot de digitale versie van het individueel mondzorgplan, wordt het plan schriftelijk aan de patiënt meegegeven. De tandprotheticus/mondzorgverlener bespreekt het plan met de patiënt en geeft daarbij ook inzicht in de kosten en het verwachte resultaat. Als het van toepassing is, bespreekt de mondzorgprofessional alternatieven en de kosten daarvan en geeft hij informatie over vergoedingen c.q. verwijst hij naar de zorgverzekeraar.

Het plan kan in de toekomst deel uitmaken van een digitaal patiëntendossier dat toegankelijk is voor zowel de patiënt als de zorgverleners. De ONT zal het initiatief nemen om samen met koepels van zorgverleners en patiëntenorganisaties een werkzaam en gedragen model te ontwikkelen voor het individueel mondzorgplan.



## 544 2.6 Uitvoering en evalueren

545 De tandprotheticus/mondzorgverlener voert het individuele mondzorgplan uit in voortdurend  
546 overleg met de patiënt en andere bij het behandeltraject betrokken zorgprofessionals. De  
547 samenwerking met de patiënt geeft inzicht in het belang van een goed functionerend gebit voor de  
548 gezondheid. Het stelt de patiënt ook in staat zelfstandig en weloverwogen keuzes te maken in het  
549 behandeltraject. De tandprotheticus stemt af, gaat regelmatig na hoe de patiënt het gebitsprobleem  
550 en de behandeling ervaart, en stuurt op basis daarvan zijn eigen handelen bij.

551  
552 Het werken met doelen en zorgafspraken is een proces dat niet in één consult afgerond zal zijn. Een  
553 tandprotheticus voert het aanmeten van een gebitsprothese (aan de behandelstoel) en het  
554 vervaardigen van het kunstgebit (in het (eigen) tandtechnisch laboratorium) doorgaans zelf uit.

555 Afhankelijk van de zorgvraag kan een tandprothetische behandeling bestaan uit verschillende  
556 onderdelen, waaronder:

- 557 • aanmeten van de gebitsprothese;
- 558 • vervaardigen van de gebitsprothese;
- 559 • aanpassen en plaatsen van de gebitsprothese;
- 560 • voorlichting over de gebitsprothese en het gebruik;
- 561 • nazorg op korte en lange termijn.

562  
563 Het uitvoeren van een tandprothetische behandeling is maatwerk en zal per patiënt verschillen.  
564 Daarmee is het exacte verloop van de behandelingstappen en de beleving ervan voor iedere patiënt  
565 anders. Optimale resultaten kunnen variëren van: volledig herstel van klachten tot en met aanpassing  
566 aan en adequate omgang met blijvend verlies van de kauwfunctie.<sup>22</sup> Het realiseren van acceptatie en  
567 tevredenheid van de patiënt staat voorop bij alle beoogde resultaten volgens het individuele  
568 mondzorgplan. Een op de patiënt individueel afgestemde evaluatie en het maken van afspraken over  
569 nazorg vormen een belangrijk onderdeel van het proces. Ervaren knelpunten die de patiënt is  
570 tegengekomen worden besproken en meegenomen in vervolgafspraken over het nazorgtraject.

### 571 572 Nazorg en preventie

573 Goede nazorg is essentieel voor een succesvolle behandeling op de korte en lange termijn. Wanneer  
574 de tandprothetische behandeling is afgerond, bespreekt de tandprotheticus met de patiënt het  
575 traject van nazorg en geeft hij voorlichting over het omgaan met en onderhouden van de  
576 gebitsprothese. Periodieke controle maakt deel uit van het nazorgtraject. Dat geldt ook voor het  
577 volgen van trainingsprogramma's door de patiënt en begeleiding of coaching van de patiënt of diens  
578 omgeving door de tandprotheticus en/of andere mondzorgverleners.

579  
580 In het kader van preventie van gebitsproblemen geeft de tandprotheticus voorlichting en advies over  
581 gezondheidsbevorderend gedrag en over maatregelen om problemen van het kauwstelsel te  
582 voorkomen. De tandprotheticus kan training en coaching aanbieden, individueel en groepsgewijs,  
583 gericht op gezondheid bevorderend gedrag in het dagelijks leven, ter voorkoming van aandoeningen  
584 van het kauwstelsel en dragende weefsels in het mondgebied. Waar dat gewenst is, werkt de  
585 tandprotheticus hierin samen met andere professionals.<sup>23</sup> In samenspraak met de patiënt(en) worden  
586 preventieve activiteiten en programma's (tussentijds) geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.  
587

---

<sup>22</sup> Beroepsprofiel Tandprothetiek, Organisatie van Nederlandse Tandprothetici, 2018

<sup>23</sup> Beroepsprofiel Tandprothetiek, Organisatie van Nederlandse Tandprothetici, 2018

588 *Casus B: Mevrouw Jansen*

---

589

590 *Mevrouw Jansen, een 59-jarige patiënte, meldt zich bij de tandprotheticus met de wens voor een nieuwe*  
591 *volledige bovenprothese. Haar huidige prothese is 12 jaar oud, versleten en past niet goed meer. Daarnaast*  
592 *ervaart zij sinds enkele maanden pijnklachten aan element 45. In de onderkaak heeft zij nog een beperkt*  
593 *restgebit (C-C, 38, 45 en 48), maar zij overweegt ook hier een prothese om, zoals ze zelf zegt, "van alle ellende af*  
594 *te zijn."*

595 *Mevrouw heeft sinds 12 jaar geen tandarts bezocht vanwege angst. De positieve ervaring van haar buurvrouw*  
596 *met een nieuwe prothese heeft haar echter gemotiveerd om actie te ondernemen. Zij ervaart de stap naar een*  
597 *tandprotheticus als minder spannend dan een bezoek aan de tandarts.*

598 ***Behandelroute en overwegingen***

599 *Tijdens het consult worden de behandelopties uitgebreid besproken waarbij de mogelijke nadelen van een*  
600 *onderprothese bij een beperkt aantal resterende elementen worden benadrukt.*

601 *Uiteindelijk wordt mevrouw overtuigd om toch eerst een tandarts te bezoeken, waarbij zij kiest voor een andere*  
602 *praktijk dan waar zij in het verleden minder goede ervaringen had. De tandprotheticus helpt haar met het*  
603 *maken van een afspraak. Bij de tandarts wordt vastgesteld dat elementen 38 en 45 geëxtraheerd moeten*  
604 *worden, maar dat de overige elementen in goede conditie zijn.*

605 *Daarnaast krijgt mevrouw een verwijzing naar de mondhygiënist voor een professionele gebitsreiniging en*  
606 *wordt zij opgenomen in de periodieke recall bij de tandarts.*

607 *Na genezing van de extractieplaatsen wordt een nieuwe volledige bovenprothese en een partiële onderprothese*  
608 *(PO) vervaardigd bij de tandprotheticus. Mevrouw ervaart uiteindelijk een aanzienlijke verbetering in comfort en*  
609 *functie en voelt zich beter geïnformeerd en begeleid in haar mondzorgtraject.*

---

610

### 611 3. Samenwerken rond de patiënt

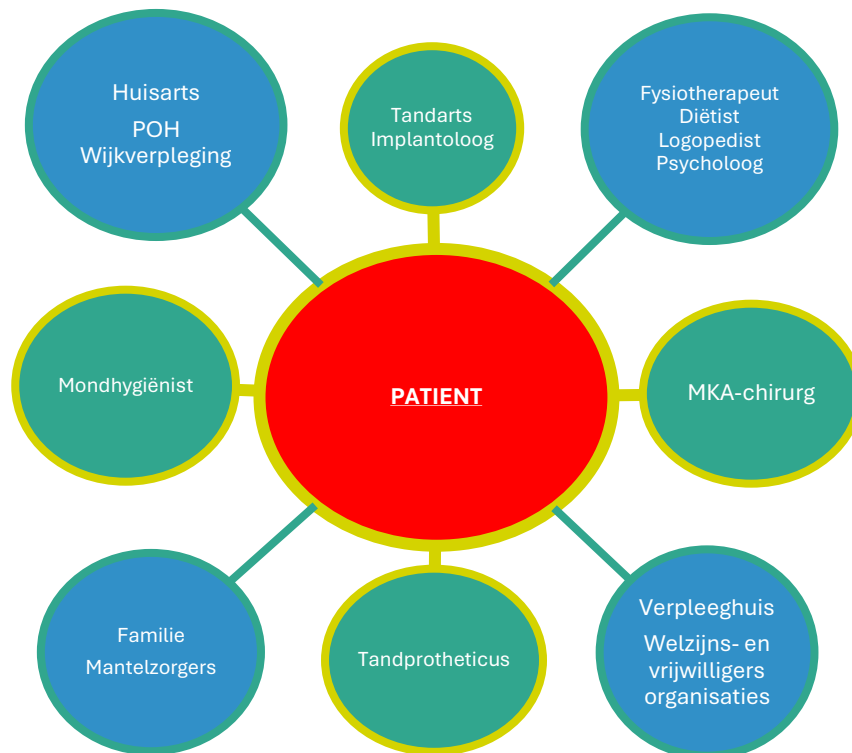
612

613 Zoals beschreven in het vorige hoofdstuk vormen de persoonlijke situatie van patiënten én hun  
614 zorgvraag het uitgangspunt voor het bieden van tandprothetische zorg. Op geleide van de zorgvraag  
615 wordt bepaald welke (mond)zorgverlener(s) een bijdrage kunnen leveren aan het beantwoorden van  
616 de zorgvraag. Afhankelijk van de zorgvraag kunnen dit zorgverleners zijn:

- 617 • binnen het mondzorgteam: tandartsen, mka-chirurgen, mondhygiënist en tandprothetici;
- 618 • buiten het mondzorgteam vanuit andere zorgdisciplines, zoals: huisartsen,  
619 wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, logopedisten etc.;
- 620 • of vanuit andere sectoren, waaronder: verpleeghuizen, welzijns- en vrijwilligersorganisaties  
621 (sociaal domein).

622

623 De samenwerking richt zich daarmee op zorgverleners binnen en buiten de mondzorg. Zie hiervoor  
624 de onderstaande figuur die het uitgebreide netwerk weergeeft waar patiënten een beroep op doen  
625 bij zorgvragen op het gebied van hun mondgezondheid.



626

627

628 *Figuur 3 Samenwerking rond de patiënt*

629

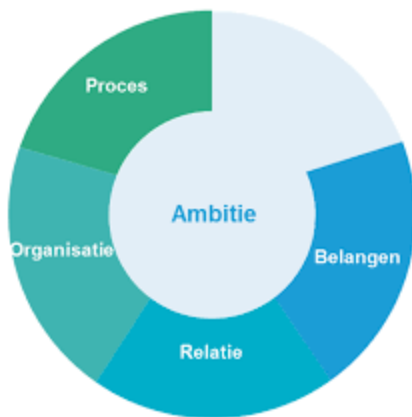
630 Bij de tandprothetische zorg zijn vaak meerdere mondzorgverleners betrokken. Iedere  
631 mondzorgverlener levert op grond van zijn of haar competenties een bijdrage aan het zorgproces.  
632 Het mondzorgteam bestaat uit tandartsen, kaakchirurgen (mka-chirurgen), mondhygiënist en  
633 tandprothetici. Samen geven ze invulling aan persoonsgerichte en samenhangende zorg, waarbij  
634 iedere zorgverlener wordt aangesproken op zijn of haar professionele inbreng. Onderlinge  
635 afstemming en samenwerking is daarbij cruciaal. Een mooi voorbeeld hiervan is het aanmeten van

636 een implantaatgedragen gebitsprothese, waarbij tandarts-implantologen en/of kaakchirurgen nauw  
637 samenwerken met tandprothetici. Bij de periodieke controle van implantaatgedragen protheses is de  
638 samenwerking met mondhygiënist van belang; zij controleren met enige regelmaat of de  
639 implantaten goed worden verzorgd. Wanneer de betrokken mondzorgverleners zelf niet beschikken  
640 over de benodigde expertise of ervaring doen zij gedurende het zorgproces tijdig een beroep op één  
641 van de andere zorgverleners uit het mondzorgteam. De tandprotheticus pleegt bijvoorbeeld  
642 regelmatig overleg met de andere specialisten op dit gebied.

643  
644 De patiënt weet zich door deze multidisciplinaire samenwerking omringd door de zorg en  
645 ondersteuning die hij of zij op dat moment nodig heeft. Goede samenwerking zorgt voor positieve  
646 patiëntervaringen en draagt bij aan de effectiviteit en efficiëntie van de mondzorg en tandprothetiek.  
647 Tandprothetici en andere mondzorgverleners die als samenwerkingspartner in het werkveld actief  
648 zijn, kunnen op hun deskundigheidsgebied toegevoegde waarde bieden. Dit maakt het uitoefenen  
649 van het vak nog interessanter en aantrekkelijker, omdat ze in contact komen met andere disciplines  
650 en inzicht krijgen in deze vakgebieden.

651  
652 Uiteraard brengt deze samenwerking tussen zorgverleners binnen en buiten de mondzorg ook nieuwe  
653 vraagstukken met zich mee. Deze hebben onder andere betrekking op volgende aspecten (ontleend  
654 aan het samenwerkingsmodel van Common Eye<sup>24</sup>):

- 655 • Waar ga je als samenwerkingspartners écht voor (gedeelde ambities)?
- 656 • Welke belangen hebben jij en jouw samenwerkingspartners? In hoeverre komen deze  
657 belangen overeen?
- 658 • Hoe is de onderlinge relatie? Kunnen jullie goed met elkaar overweg?
- 659 • Welke samenwerkingsafspraken zijn er nodig (organisatie)?
- 660 • Hoe verloopt de samenwerking (proces)? Evalueren jullie de samenwerking regelmatig?
- 661



662  
663  
664 *Figuur 4 Samenwerkingsmodel (Common Eye)*

665  
666 Het gezamenlijk met andere zorgverleners beantwoorden van deze vragen draagt bij aan de  
667 onderlinge samenwerking.  
668

---

<sup>24</sup> <https://commoneye.nl/5-condities-voor-een-kansrijke-samenwerking/>

### 669 3.1 Samenwerking binnen het mondzorgteam

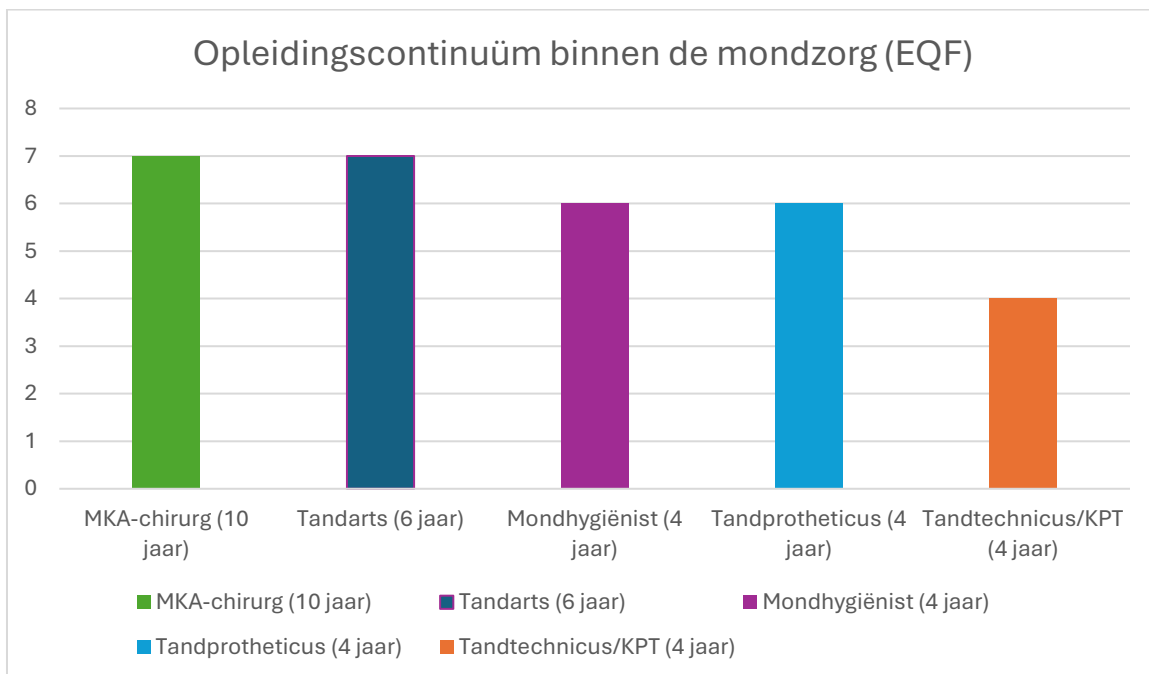
670 De verschillende mondzorgverleners die bij een patiënt betrokken zijn, werken intensief samen en  
671 stemmen het individuele mondzorgplan goed met elkaar af. Het opstellen en bijhouden van het  
672 individueel mondzorgplan is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de betrokken  
673 mondzorgverleners uit het mondzorgteam (en vormt zo de basis voor een integrale persoonsgerichte  
674 benadering). De betrokken zorgverleners binnen het mondzorgteam vervullen samen de  
675 regiefunctie. Afhankelijk van de persoonlijke situatie van een patiënt wordt bepaald wie in dat  
676 specifieke geval de aangewezen mondzorgverlener is om binnen het mondzorgteam de  
677 regiebehandelaarsfunctie op zich te nemen. Bij het uitvoeren van het individuele mondzorgplan  
678 werken tandprotheticus en andere mondzorgverleners nauw met elkaar samen. Het totale traject van  
679 aanmeten, vervaardigen en verlenen van nazorg van uitneembare prothetiek vereist vaak  
680 samenwerking tussen verschillende disciplines in de mondzorg. Bij de directe zorgverlening kunnen  
681 meerdere mondzorgverleners betrokken zijn, met name:

- 682 • de tandarts (inclusief differentiaties van tandartsen, zoals implantologen);
- 683 • de tandprotheticus;
- 684 • de MKA-chirurg;
- 685 • de mondhygiënist.

686  
687 Daarnaast spelen indirect betrokkenen een rol, zoals:

- 688 • de tandtechnicus;
- 689 • de klinisch prothese technicus
- 690 • de tandartsassistent(e).

691  
692



693  
694 *Figuur 5 Opleidingscontinuüm binnen de mondzorg (o.b.v. het European Qualifications Framework*  
695 *(EQF))*

696  
697 In het vervolg van deze paragraaf zetten we de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende  
698 spelers in het werkveld kort op een rij, zodat duidelijk wordt wat ze van elkaar mogen verwachten bij  
699 de zorgverlening aan patiënten.

700  
701  
702  
703  
704  
705  
706  
707  
708  
709  
710  
711  
712  
713  
714  
715  
716  
717  
718  
719  
720  
721  
722  
723  
724  
725  
726  
727  
728  
729  
730  
731  
732  
733  
734  
735  
736  
737  
738  
739  
740  
741  
742

## Tandarts

Tandartsen zijn zelfstandig bevoegd voor alle handelingen binnen de prothetiek. Vaak komt de patiënt bij een tandprotheticus terecht na verwijzing door een tandarts. De tandarts geeft schriftelijk opdracht aan een met naam genoemde tandprotheticus, bij voorkeur gebruikmakend van de modelverwijsbrief. De tandarts heeft de patiënt geïnformeerd over de reden van verwijzingen en de afspraken die hij met de tandprotheticus heeft gemaakt.<sup>25</sup> Wanneer de patiënt zich zonder verwijzing rechtstreeks tot een tandprotheticus wendt, moet de tandprotheticus de tandarts raadplegen - behalve wanneer de patiënt geen gebitselementen of andere elementen in de mondholte heeft. In dat geval mag de tandprotheticus zelfstandig behandelen<sup>26</sup>. De tandprotheticus brengt de (dreigende) gebitsproblemen in kaart. Waar nodig vraagt de tandprotheticus aanvullende informatie aan andere betrokken professionals.

## Tandprotheticus

De tandprotheticus kan het gehele behandeltraject van intake tot nazorg overzien en uitvoeren en daarbij zo nodig de juiste ondersteunende zorgprofessionals en technici inschakelen, om zo voor de patiënt de beste behandeling te realiseren. De tandprotheticus vormt als gespecialiseerde zorgprofessional in de tandprothetische zorg een belangrijke schakel, omdat hij beschikt over de benodigde (technische) kennis en vaardigheden. Een toenemend aantal tandartsen laat het aanmeten en vervaardigen van gebitsprothesen graag over aan deze goed gekwalificeerde vakmensen.

Volgens onderzoek van het NIVEL uit 2014 bezoekt bijna de helft van alle respondenten een tandprotheticus voor zijn of haar gebitsprothese<sup>27</sup>. Het aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder dat ooit bij een tandprotheticus is geweest kan daarmee op landelijk niveau geschat worden op 1,3 miljoen. Het gemiddeld aantal bezoeken van patiënten aan de tandprotheticus gedurende en behandeltraject is 6,5. Voor een actueel inzicht in de karakteristieken van de patiëntenpopulatie van tandprothetici verdient het aanbeveling om het onderzoek uit 2014 te herhalen. Patiënten van de tandprotheticus hebben relatief vaak een volledige gebitsprothese en een overkappingsprothese op implantaten (kunstwortels) in vergelijking met prothesedragers die voor hun gebitsprothese niet terechtkomen bij de tandprotheticus. Laatstgenoemde groep heeft relatief vaak een gedeeltelijke gebitsprothese, is wat jonger, wat hoger opgeleid en minder vaak woonachtig in de drie grote gemeenten in het westen van het land.

De tandprotheticus is een direct toegankelijke eerstelijnszorgverlener die deskundig is in het diagnosticeren van de algehele mondgezondheid. Aan de hand van diagnostiek is de tandprotheticus in staat een behandelplan op te stellen. De tandprotheticus verzorgt het hele traject van het aanmeten, vervaardigen en plaatsen van uitneembare tandprothetische voorzieningen al dan niet op implantaten of natuurlijke elementen; van intakegesprek tot en met nazorg. De tandprotheticus mag deze behandelingen zelfstandig declareren of hiervoor machtigingsaanvragen indienen bij een zorgverzekeraar. Ook kan een tandprotheticus assisteren bij het aanmeten en vervaardigen van vaste tandprothetische voorzieningen.

---

<sup>25</sup> [https://www.knmt.nl/sites/default/files/media\\_root/richtlijn\\_tandarts-protheticus.pdf](https://www.knmt.nl/sites/default/files/media_root/richtlijn_tandarts-protheticus.pdf)

<sup>26</sup> Besluit Opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus

<sup>27</sup> Wie ziet de tandprotheticus, NIVEL-rapport, 2014

743 De bescherming van de opleidingstitel van de tandprotheticus is geregeld in artikel 34 van de Wet  
744 BIG. Op grond van het bestaande Opleidingsbesluit dat is gebaseerd op artikel 34 van de Wet BIG mag  
745 de tandprotheticus zelfstandig een *volledige prothese* aanmeten, maken en plaatsen<sup>28</sup>. Hiervoor is  
746 geen verwijzing van de tandarts nodig. Tot het deskundigheidsgebied van de tandprotheticus worden  
747 ook gerekend: het aanmeten, vervaardigen, passen en aanbrengen van een gebitsprothese bij een  
748 patiënt in wiens mondholte zich *wel* gebitselementen of andere elementen bevinden die dienen tot  
749 steun van een gebitsprothese. Daarvoor is een verwijzing van een tandarts nodig.<sup>29</sup> Concreet  
750 betekent dit dat de tandprotheticus voor het aanmeten, maken en plaatsen van *een gedeeltelijke-,*  
751 *frame- of overkappingsprothese op wortels of implantaten (implantaatgedragen prothetiek)* een  
752 verwijzing van de tandarts of implantoloog nodig heeft. Vervolgens mag een tandprotheticus, in  
753 overleg met de patiënt, zelfstandig verder werken aan een dergelijke gebitsprothese. Het is de  
754 tandprotheticus ook toegestaan om patiënten te informeren en adviseren over gebitsprothesen en  
755 het gebruik daarvan. Wanneer tijdens het consult blijkt dat implantaten nodig zijn voor een goede  
756 plaatsing van de gebitsprothese, verwijst de tandprotheticus naar een tandarts-implantoloog of via  
757 hem/haar naar een MKA-chirurg.<sup>30</sup>

758

#### 759 Tandarts of tandarts-implantoloog

760 Bij niet-volledige gebitsprothesen is een tandarts(implantoloog) of een MKA-chirurg  
761 eindverantwoordelijk voor de behandeling. Deze stelt dan, in samenspraak met de patiënt, het  
762 individuele zorg- en behandelplan op.<sup>31</sup> De tandarts of tandarts-implantoloog is verantwoordelijk  
763 voor een correcte verwijzing (naar de tandprotheticus) van een patiënt in wiens mondholte zich  
764 gebitselementen of andere elementen (implantaten) bevinden die dienen tot steun van een  
765 gebitsprothese. De tandarts (implantoloog) stelt de diagnose, op basis waarvan een schriftelijk  
766 behandelingsvoorstel aan de tandprotheticus wordt voorgelegd, aangevuld met relevante informatie  
767 en aanwijzingen die wenselijk zijn in het kader van de gevraagde behandeling.<sup>32</sup> De tandprotheticus  
768 levert in de samenwerkingsketen zijn eigen specialistische bijdrage.<sup>33</sup> De tandprotheticus kan daarin  
769 samenwerken met een klinisch prothesetechnicus of tandtechnicus. Iedere betrokken partij blijft  
770 verantwoordelijk voor de eigen behandeling en zorg die wordt uitgevoerd, de eindverantwoordelijke  
771 zorgverlener voert de regie.<sup>34</sup>

772

773 Bij verwijzing door een tandarts of tandarts-implantoloog brengt de tandprotheticus schriftelijk  
774 verslag uit, bij voorkeur via een model-rapportageformulier. Als er een vervolgsconsult is, overlegt de  
775 tandprotheticus met de tandarts of tandarts-implantoloog. Na ontvangst van de rapportage geeft de  
776 tandarts zo nodig verdere toelichting aan de patiënt en bespreekt hij het traject van nazorg.

777

#### 778 MKA-chirurg (kaakchirurg)

779 De mka-chirurg is de tandarts-specialist op het gebied van mondziekten, kaak- en  
780 aangezichtschirurgie in de tweede lijn. Voordat implantaten of gebitsprothesen kunnen worden

---

<sup>28</sup> Tekst gebaseerd op het huidige Besluit Opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus

<sup>29</sup> Artikel 4 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gebaseerd op de Wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG), 1997

<sup>30</sup> NVOI, Algemene richtlijn tandheelkundige implantaten, 2012

<sup>31</sup> [https://www.nvmka.nl/sites/www.nvmka.nl/files/NVOI-NVMKA\\_Richt.Implant.Edent\\_.Bovenkaak\\_0.pdf](https://www.nvmka.nl/sites/www.nvmka.nl/files/NVOI-NVMKA_Richt.Implant.Edent_.Bovenkaak_0.pdf)  
[https://www.nvmka.nl/sites/www.nvmka.nl/files/NVOI-NVMKA\\_Richt.Implant.Edent\\_.Onderkaak\\_0.pdf](https://www.nvmka.nl/sites/www.nvmka.nl/files/NVOI-NVMKA_Richt.Implant.Edent_.Onderkaak_0.pdf)

<sup>32</sup> Praktijkrichtlijn Verwijsrelatie van tandarts naar tandprotheticus, KNMT, 2007

<sup>33</sup> Gedragsregels betreffende behandeling van patiënten met tandheelkundige implantaten, NVOI, 2016

<sup>34</sup> <http://nvoi.nl/download.php?fileId=3146&download=true>

781 geplaatst, zijn soms behandelingen van mond of kaak noodzakelijk die door de mka-chirurg worden  
782 uitgevoerd. De mka-chirurg is formeel ook bevoegd om tandprothetische behandelingen uit te  
783 voeren. In de praktijk wordt dit door de mka-chirurg zelden gedaan.

784

#### 785 Mondhygiënist

786 Een mondhygiënist is een preventiespecialist in de mondzorg die zich richt op het voorkomen en  
787 bestrijden van tandbederf en tandvleesaandoeningen. In de nazorg bij een tandprothetische  
788 behandeling kan de tandprotheticus of tandarts verwijzen naar een mondhygiënist. Verwijzing is niet  
789 noodzakelijk, een patiënt kan ook zelfstandig een afspraak maken. De opleiding Mondzorgkunde, die  
790 opleidt tot mondhygiënist, is een rechtsgeldige hbo-opleiding met een eigen register.<sup>35</sup>

791

#### 792 Tandtechnicus/Klinisch prothesetechnicus (KPT)

793 Een tandtechnicus maakt prothesen in opdracht van bijvoorbeeld een tandprotheticus of tandarts.  
794 Een tandtechnicus mag alleen patiënten behandelen onder toezicht van een tandprotheticus of  
795 tandarts, maar verricht niet zelfstandig direct patiëntgebonden handelingen. Dat kan alleen onder  
796 toezicht van een bevoegde zorgverlener. Deze dient dan tijdens de behandeling aanwezig te zijn in  
797 dezelfde praktijk. Dit geldt ook voor een klinisch prothesetechnicus (KPT-er). Als ondersteunend  
798 medewerker in de tandprothetische en tandartspraktijk worden KPT-ers in het kader van de Wkkgz  
799 niet aangemerkt als zorgverlener. De tandtechnicus en KPT-er zijn derhalve geen zelfstandige schakels  
800 in de tandprothetische zorg.

801

#### 802 *Casus C: Henk*

---

803

804 *Henk is een 47-jarige Hagenaar die al 30 jaar met passie op de markt staat met zijn notenkraam. Samen met*  
805 *zijn gezin, waaronder zijn dochter en schoonzoon, runt hij de familiezaak. Zijn dagen zijn altijd druk en gevuld*  
806 *met harde werkuren.*

807 *Medisch gezien valt Henk onder ASA-classificatie 2. Hij heeft een BMI van 29 en gebruikt medicatie voor zijn*  
808 *diabetes type 2 (metformine) en hoge bloeddruk (atenolol). In de bovenkaak is hij al ruim tien jaar volledig*  
809 *edentat. Een deel van zijn gebit verloor hij als tiener na een ongeluk met zijn crossmotor. In de onderkaak zijn*  
810 *de elementen 34 tot en met 45 nog aanwezig.*

811 *Zijn huidige bovenprothese, de vierde op rij, is vervaardigd door tandprotheticus Freek. Ondanks meerdere*  
812 *aanpassingen zit de prothese steeds losser en breekt hij regelmatig, wat Henk tot grote frustratie drijft. In de*  
813 *onderkaak heeft hij geen voorziening. Ooit is er een kunsthars partiële prothese gemaakt, maar na een week*  
814 *proberen heeft hij die nooit meer gedragen.*

815 *Op zoek naar een blijvende oplossing bezoekt Henk opnieuw Freek. Hij heeft gehoord dat implantaten een goed*  
816 *alternatief kunnen zijn om zijn bovenprothese beter te laten functioneren. Hij wil graag weten of dit voor hem*  
817 *mogelijk is en geeft aan dat geld geen belemmering vormt—hij is bereid contant af te rekenen, direct uit de*  
818 *borstzak.*

#### 819 **Behandelroute en overwegingen**

820 *Wanneer Henk opnieuw aanklopt bij tandprotheticus Freek met de vraag of implantaten een oplossing kunnen*  
821 *zijn voor zijn loszittende en vaak brekende bovenprothese, is een zorgvuldige beoordeling noodzakelijk. Zijn*  
822 *casus vraagt om een multidisciplinaire benadering, waarbij meerdere zorgverleners betrokken kunnen zijn.*

---

<sup>35</sup> <https://www.kieskrm.nl/>



823 *De eerste stap is een grondige evaluatie van de kaakstructuur, onder andere aan de hand van röntgenfoto's. Dit*  
824 *helpt om te bepalen of de kaak nog voldoende botvolume heeft voor implantaten en of er onderliggende*  
825 *problemen spelen, zoals resorptie van de kaak of ontstekingen. Daarnaast is het belangrijk om te achterhalen*  
826 *waarom zijn prothese telkens kapot gaat. Mogelijk heeft Henk een onderliggende gewoonte zoals klemmen of*  
827 *knarsen, wat extra belasting op de prothese legt.*

828 *Als er tijdens het onderzoek naar de kaakgezondheid aanwijzingen zijn voor ontstekingen of problemen met het*  
829 *tandvlees, wordt Henk doorverwezen naar de mondhygiënist voor verdere behandeling. Indien de resterende*  
830 *tanden in de onderkaak los zitten of tekenen van ernstige slijtage vertonen, is een consult bij de tandarts*  
831 *noodzakelijk.*

### 832 **Behandeloptyes:**

- 833 1. *Geen ingreep: Als Henk geen verdere problemen ondervindt en een nieuwe conventionele prothese nog*  
834 *steeds voldoet, kan ervoor gekozen worden geen verdere stappen te ondernemen.*
- 835 2. *Verbeteren van de huidige situatie: Een alternatief kan zijn om een goed passend frame te maken als*  
836 *de kaakstructuur dit toelaat en niet te veel geslonken is.*
- 837 3. *Implantaatgedragen prothese: Als uit het onderzoek blijkt dat implantaten een geschikte oplossing zijn,*  
838 *kan een verwijzing naar de implantoloog volgen voor verdere beoordeling en planning.*

839 *Door deze zorgroute te volgen, wordt niet alleen gekeken naar de directe klacht (de loszittende prothese), maar*  
840 *wordt ook breder onderzocht welke onderliggende factoren een rol spelen. Dit draagt bij aan een duurzame en*  
841 *goed onderbouwde oplossing voor Henk.*

842 *Deze casus onderstreept het belang van een brede diagnostische benadering voordat tot een behandeling wordt*  
843 *overgegaan. Een goed afgestemde samenwerking tussen de tandprotheticus, tandarts, mondhygiënist en*  
844 *eventueel een implantoloog is hierbij essentieel.*

845

---

## 846 3.2 Verbinding met huisartsenzorg en de bredere eerstelijnszorg

847 Een goede mondverzorging is essentieel om verdere gezondheidsproblemen te voorkomen.  
848 Aandacht voor preventie, goede mondhygiëne en mondverzorging passen bij de beweging van  
849 Ziekte&Zorg (ZZ) naar Gezondheid&Gedrag (GG) en biedt ook de kans om de gezondheid van de  
850 mond te controleren. Kennis en bewustwording bij zorgverleners buiten de mondzorg (waaronder  
851 huisartsen, praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen) draagt bij aan een goede  
852 mondgezondheid. Lokale samenwerking tussen de betrokken zorgverleners en de patiënt is hierbij  
853 cruciaal. Als er mogelijke problemen worden gesignaleerd, kan bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige  
854 de cliënt doorverwijzen naar een mondzorgverlener uit het mondzorgteam. Om de samenwerking te  
855 bevorderen is het belangrijk dat zorgverleners uit het mondzorgteam en andere zorgverleners rond  
856 de patiënt elkaar goed en makkelijk weten te vinden. Andere eerstelijnszorgverleners kunnen een  
857 beroep doen op de regiefunctie van het mondzorgteam. Ze zouden 'hun' patiënten op een  
858 eenvoudige wijze moeten kunnen toeleiden naar het mondzorgteam. In het vertrouwen dat het  
859 regiebehandelaarschap binnen het mondzorgteam wordt opgepakt door de meest aangewezen  
860 mondzorgverlener passend bij de individuele situatie van een patiënt.

861  
862 Vanwege de relatie tussen de mondgezondheid en de algehele gezondheid verdient de verbinding  
863 met de huisartsenzorg extra aandacht. Het gaat hierbij onder meer om de zorg voor mensen met  
864 chronische aandoeningen (bijvoorbeeld via de praktijkondersteuners voor diabetes of hart- en  
865 vaataandoeningen), als ook om minder ingrijpende klachten die verband kunnen houden met het  
866 dragen van een gebitsprothese (bijvoorbeeld gevoelige mondhoecken als gevolg van een versleten

867 kunstgebit). Meer bekendheid van de tandprotheticus bij huisartsen, praktijkverpleegkundigen,  
868 wijkverpleegkundigen en paramedici (o.a. fysiotherapeuten, diëtisten en logopedisten) kan helpen bij  
869 een tijdige toegeleiding over en weer en zorgt ervoor dat een patiënt eerder de juiste zorg krijgt.  
870 Als gevolg van een chronische aandoening (o.a. CVA of Parkinson) kunnen mensen bijvoorbeeld  
871 problemen ervaren met spreken of slikken. Logopedisten en andere paramedici kunnen  
872 ondersteuning en training bieden om hen beter te leren spreken en/of slikken. Voor mensen met een  
873 chronische aandoening en een kunstgebit is het belangrijk dat tandprotheticici, logopedisten en  
874 andere paramedici (denk daarbij ook aan diëtisten en fysiotherapeuten) samen optrekken om met  
875 een optimaal functionerende gebitsprothese een succesvolle revalidatie te bevorderen.  
876

877 Met het stijgen van de leeftijd komen er steeds meer lichamelijke, sociale, cognitieve en/of  
878 psychische klachten, waardoor het soms lastiger wordt om de dagelijkse (mond)verzorging uit te  
879 voeren en (periodiek) naar de mondzorgverlener te gaan. Daarentegen wordt er steeds vaker een  
880 beroep gedaan op andere eerstelijns zorgverleners (o.a. thuiszorg en huisartsenzorg). In deze  
881 levensfase is het belangrijk om ervoor te zorgen dat de mondgezondheid van de oudere op peil  
882 wordt gehouden en dat de oudere in beeld blijft bij de mondzorgverleners. Vooral als de oudere zich  
883 niet meer uit zichzelf meldt bij de praktijk, vraagt dat van de mondzorgverlener een proactieve rol  
884 om ervoor te zorgen dat de oudere, ondanks alle beperkingen, toch kan blijven komen of dat de  
885 mondzorgverlener bij de oudere thuis langs gaat. Daarnaast vervullen mondzorgverleners een rol bij  
886 de signalering van mogelijke gezondheidsproblemen als gevolg van een slechte mondgezondheid.  
887 Andersom is het belangrijk dat de eerstelijns zorgverleners (huisarts, wijkverpleegkundige, specialist-  
888 ouderengeneeskunde) die regelmatig contact hebben met de oudere eventuele problemen met de  
889 mondgezondheid actief signaleren en zo nodig kunnen verwijzen naar een (gespecialiseerde)  
890 mondzorgverlener. Om de thuiswonende kwetsbare oudere met mondproblemen tijdig en adequaat  
891 te helpen speelt de samenwerking tussen alle bij de oudere betrokken zorgverleners in de eerste lijn  
892 een cruciale rol. Als 'probleemeigenaar' dragen ze allen een zekere verantwoordelijkheid en hebben  
893 ze elkaar nodig om complexe (mond)problematiek bij kwetsbare ouderen het hoofd te kunnen  
894 bieden.  
895

### 896 3.3 Verbinding met de tweedelijnszorg

897 Net als in de rest van de zorg verdient de verbinding met de tweedelijnszorg in de mondzorg en  
898 binnen de tandprothetiek extra aandacht. Met de patiënt als vertrekpunt staat de best passende zorg  
899 afgestemd op de persoonlijke situatie centraal. Juist in complexe situaties is een goede samenwerking  
900 met de medisch specialistische zorg noodzakelijk. Dit geldt bijvoorbeeld voor patiënten waarbij een  
901 verdenking bestaat op bepaalde pathologieën in de (tandeloze) mond, zoals bijvoorbeeld  
902 maligniteiten. In dergelijke situaties is het belangrijk dat een patiënt zo snel mogelijk op de juiste plek  
903 terecht komt, zodat een goede diagnose kan worden gesteld en de aangewezen behandeling kan  
904 worden ingezet of ongerustheid kan worden weggenomen. Vanuit de regiefunctie van het  
905 mondzorgteam wordt een patiënt in dergelijke situaties door de aangewezen mondzorgverlener  
906 toegeleid naar de MKA-chirurg die de mondgezondheidssituatie beoordeelt. Binnen een goed  
907 functionerend mondzorgteam verloopt deze toegeleiding in samenspraak tussen de betrokken  
908 mondzorgverleners, waarbij wordt ook gezorgd voor een adequate en tijdige terugkoppeling.  
909

910 Als een edentate patiënt geen 'vaste tandarts' meer heeft, kan ook een tandprotheticus zorgen voor  
911 de toeleiding naar een kaakchirurg. De tandprotheticus is daartoe opgeleid met oog voor de  
912 contextuele situatie, waarin samenwerking met andere beroepsgroepen een belangrijke plaats  
913 inneemt. Dit resulteert in een brede blik waardoor een tandprotheticus verder kijkt dan het eigen

914 vakgebied en zo nodig tijdig andere zorgprofessionals kan inschakelen. Als onderdeel van het  
915 mondzorgteam levert de tandprotheticus daarmee een waardevolle bijdrage aan het herkennen van  
916 afwijkende pathologische aspecten in het algemeen, alsmede afwijkingen die kunnen voortkomen uit  
917 geheel of gedeeltelijke gebitsextracties.

918  
919 Een goede samenwerkingsrelatie tussen zorgverleners is cruciaal voor het waarborgen van de  
920 kwaliteit van zorg. Door tijdig de juiste zorg op de juiste plek te bieden, kunnen patiënten optimaal  
921 worden geholpen en kan ongerustheid en verdere schade bij specifieke patiëntgroepen worden  
922 voorkomen.

923

### 924 3.4 Mondzorg en tandprothetische zorg in het verpleeghuis

925 Juist omdat de bewoners van verpleeghuizen veel baat kunnen hebben bij goede  
926 mondzorg/tandprothetische zorg en vaak veel waarde hechten aan het voortzetten van bestaande  
927 behandelrelaties verdienen tandprotheticen en andere mondzorgverleners ook een plek in  
928 verpleeghuizen. De volgende aspecten maken de inzet van vaste tandprotheticen en andere  
929 mondzorgverleners voor een verpleeghuis extra aantrekkelijk:

- 930 • voortzetten van bestaande behandelrelaties;
- 931 • het waarborgen van continuïteit;
- 932 • de binding met de regio;
- 933 • korte lijnen tussen (mond)zorgverleners, zodat snel kan worden geschakeld;
- 934 • en het bieden van kwaliteitsgaranties.

935

936 Het leveren van goede mondverzorging in verpleeghuizen begint bij een duidelijke en goed  
937 georganiseerde aanpak. De Stichting Kwaliteitimpuls Langdurige Zorg (SKILZ) biedt in de richtlijn  
938 Mondverzorging concrete adviezen voor de organisatie van mondzorg<sup>36</sup>. Deze adviezen zijn  
939 onderverdeeld in vier thema's: samenwerking en verantwoordelijkheden, communicatie, scholing en  
940 deskundigheid en financiering.

941

#### 942 1. *Samenwerking en verantwoordelijkheden*

943 Mondverzorging is een essentiële zorgtaak waarvoor alle zorgverleners verantwoordelijk zijn. Een  
944 aandachtsvelder mondverzorging kan ondersteuning bieden bij coördinatie en  
945 informatievoorziening. Idealiter beoordeelt een tandarts of mondhygiënist de mondgezondheid vóór  
946 het opstellen van het zorgleefplan, ook als dit niet via de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt  
947 gefinancierd. Zorgorganisaties moeten samenwerken met tandartsen, mondhygiënist en  
948 tandprotheticen die bij voorkeur aantoonbare affiniteit hebben met de langdurige zorg.

949

#### 950 2. *Communicatie*

951 Mondzorg moet integraal onderdeel zijn van het zorgleefplan. Afstemming, overdracht en  
952 monitoring tussen zorgverleners en mondzorgprofessionals zijn cruciaal, ook tijdens avonden en  
953 weekenden. Zelfstandige mondzorgprofessionals moeten toegang hebben tot relevante medische  
954 gegevens, medicatieoverzichten en de mogelijkheid hebben om bevindingen vast te leggen in het  
955 dossier.

956

#### 957 3. *Scholing en deskundigheid*

---

<sup>36</sup> Richtlijn Mondverzorging, Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg 2023.

[https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/uploads/pdf/project/project\\_5cb47cc5-3863-4b01-89f5-1c48af0d2624\\_mondverzorging\\_\\_authorized-at\\_30-11-2023.pdf](https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/uploads/pdf/project/project_5cb47cc5-3863-4b01-89f5-1c48af0d2624_mondverzorging__authorized-at_30-11-2023.pdf)

958 Zorgverleners moeten jaarlijks worden geschoold in mondverzorging en nieuwe medewerkers  
959 moeten dit tijdens hun inwerkperiode leren. Door mondverzorging structureel in het  
960 kwaliteitssysteem op te nemen, blijft dit een prioriteit en wordt regelmatige scholing gewaarborgd.

961

#### 962 4. *Financiering*

963 Hoewel de financiering van zelfstandige mondzorgprofessionals complex is en kan verschillen per  
964 organisatie, mag dit geen reden zijn om noodzakelijke zorg uit te stellen. Zorgverleners moeten op de  
965 hoogte zijn van de financieringsmogelijkheden en hulp zoeken bij knelpunten om goede zorg te  
966 blijven garanderen.

967

968 Samen met de andere partijen uit de Mondzorgalliantie (KNMT en NVM-mondhygiënist) spant de  
969 ONT zich in om de positie van individuele mondzorgverleners waaronder die van de tandprotheticus  
970 in verpleeghuizen te versterken.

971

#### 972 Familie en mantelzorgers

973 De familie en mantelzorgers spelen een cruciale rol in de zorg voor patiënten, met name voor  
974 kwetsbare ouderen die een verminderde zelfredzaamheid hebben. De dentitie van deze ouderen is  
975 vaak fragiel, en de behandelmogelijkheden zijn meestal beperkt. Bovendien komt het voor dat  
976 oudere patiënten zelf besluiten om af te zien van behandelingen, ook wanneer tandheelkundig  
977 herstel onder handbereik ligt. Het is essentieel om dit in gedachten te houden bij het plannen van  
978 zorg en behandeling.

979

980 Een belangrijke taak van familieleden en mantelzorgers is het onderhouden van goed contact met de  
981 mondzorgverlener over de mondgezondheid van de patiënt. Dit omvat zowel het informeren van de  
982 zorgverlener over de situatie van de patiënt als het monitoren van veranderingen in de  
983 mondgezondheid. Daarnaast kunnen zij een belangrijke bijdrage leveren door de patiënt te motiveren  
984 en ondersteunen in het belang van dagelijkse mondverzorging. Veel ouderen willen graag hun  
985 vertrouwde mondverzorgingsroutines zo lang mogelijk voortzetten, en familieleden kunnen hierin  
986 een ondersteunende rol spelen.

987

988 Het is van groot belang om voldoende aandacht te schenken aan de mondgezondheid van  
989 (thuiswonende) kwetsbare ouderen. Helaas blijkt uit de praktijk dat er vaak juist minder aandacht is  
990 voor de mondgezondheid, zowel van de kant van familieleden en mantelzorgers als van zorgverleners.  
991 Dit komt vaak doordat men zich onvoldoende bewust is van het belang van een gezonde mond, of bij  
992 zorgverleners doordat er sprake is van handelingsverlegenheid bij het verzorgen van de mond van de  
993 oudere patiënt.

994

995 Om dit bewustzijn te vergroten, heeft Stichting De Mond Niet Vergeten! (DMNV!) een  
996 informatiecampagne uitgevoerd die specifiek gericht is op het belang van mondgezondheid voor deze  
997 kwetsbare groep ouderen. Deze campagne heeft als doel om zowel zorgverleners als familie en  
998 mantelzorgers bewust te maken van de noodzaak van goede mondverzorging en de positieve impact die dit  
999 heeft op het algehele welzijn van ouderen. Hoewel de campagne inmiddels is afgerond, blijft het doel  
1000 van de stichting om de mondgezondheid onder kwetsbare ouderen blijvend te verbeteren  
1001 onverminderd belangrijk. Daarnaast is er een speciale informatiecampagne ontwikkeld voor  
1002 anderstaligen, die te vinden is op <https://mondzorg.steffie.nl/>. Het vergroten van het bewustzijn en  
1003 het bieden van praktische handvatten kan bijdragen aan een betere mondgezondheid en daarmee  
1004 aan een hogere kwaliteit van leven voor kwetsbare ouderen.

1005

1006 Samenwerking met het sociaal domein

1007 In het sociaal domein, waarin welzijns- en maatschappelijke organisaties een belangrijke plaats  
1008 innemen, vervult de tandprotheticus een waardevolle rol. De patiëntenpopulatie van een  
1009 tandprotheticus bestaat vaak uit mensen met een lager inkomen, voor wie gezondheidszorg, inclusief  
1010 mondzorg, niet altijd gemakkelijk betaalbaar is. Om deze mensen te ondersteunen, spelen specifieke  
1011 initiatieven en samenwerkingsverbanden een cruciale rol in het toegankelijk maken van  
1012 tandprothetische zorg.

1013

1014 Een voorbeeld hiervan is de gemeentepolis, een speciale zorgverzekering die door gemeenten wordt  
1015 aangeboden aan inwoners met een beperkt budget. Deze verzekering biedt vaak gunstige  
1016 voorwaarden voor zorgkosten die normaal gesproken een aanzienlijke financiële last vormen. Voor  
1017 tandprothetische zorg betekent dit dat de gebruikelijke 25% eigen bijdrage voor een kunstgebit, die  
1018 doorgaans door de patiënt zelf betaald moet worden, via de gemeentepolis volledig wordt vergoed  
1019 door de verzekeraar. Dit verlaagt de financiële drempel voor mensen met een lager inkomen en  
1020 vergroot de toegankelijkheid van deze zorg.

1021

1022 Daarnaast zijn er initiatieven gericht op specifieke kwetsbare groepen, zoals dak- en thuislozen. Deze  
1023 groep neemt in Nederland in omvang toe en ondervindt vaak aanzienlijke moeilijkheden bij het  
1024 bekostigen van basiszorg en mondzorg. Organisaties zoals Stichting Dental Care for the Homeless  
1025 People spelen hierop in door tandheeskundige zorg en mondzorg te faciliteren en te financieren voor  
1026 dak- en thuislozen. Ook tandprothetische zorg maakt deel uit van dit aanbod, waardoor mensen  
1027 zonder vaste woon- of verblijfplaats toegang krijgen tot behandelingen die anders onbereikbaar  
1028 zouden zijn.

1029

1030 De samenwerking tussen tandprotheticici, welzijnsorganisaties, en maatschappelijke initiatieven in het  
1031 sociaal domein draagt bij aan een betere mondgezondheid voor kwetsbare groepen, een verhoogde  
1032 sociale participatie en een betere algehele gezondheid en kwaliteit van leven. Door deze  
1033 geïntegreerde aanpak kunnen ook degenen die buiten de reguliere zorg dreigen te vallen, worden  
1034 bereikt en geholpen.

1035

1036 *Casus D: Mark*

1037

---

1038 *Mark is een 32-jarige man uit Apeldoorn met een complexe medische en sociale voorgeschiedenis. Hij heeft*  
1039 *COPD en gebruikt daarvoor een puffer. Daarnaast staat hij onder methadonbehandeling. Financieel staat hij*  
1040 *onder bewind, waardoor hij geen eigen vermogen heeft om onverwachte zorgkosten te dekken.*

1041 *Op tandheeskundig gebied kampt Mark met ernstige problemen. Hij draagt al tien jaar een noodprothese in de*  
1042 *bovenkaak, maar heeft deze de afgelopen twee jaar niet meer gebruikt. In de onderkaak heeft hij nog zes*  
1043 *elementen (33 t/m 43), die in zeer slechte staat verkeren. Hij wenst een volledige boven- en onderprothese,*  
1044 *maar ervaart belemmeringen bij het verkrijgen van de benodigde zorg.*

1045 *Mark is zeer angstig voor de tandarts en is niet langer welkom bij zijn vorige tandarts vanwege een gewelddadig*  
1046 *incident in het verleden. Tijdens het consult bij de tandprotheticus wordt geprobeerd contact te leggen met de*  
1047 *tandarts om de situatie te bespreken en een nieuwe kans op een consult te creëren. Dit wordt echter afgewezen.*

1048 *Mark wordt geadviseerd om een andere tandarts te benaderen, maar hij kan de kosten van een consult en*  
1049 *eventuele vervolghandelingen niet dragen. In een poging om een oplossing te vinden, benadert hij zijn*  
1050 *huisarts met de vraag om een verwijzing naar de kaakchirurg. De huisarts geeft echter aan dat verwijzingen*  
1051 *naar de kaakchirurg onder de verantwoordelijkheid van een tandarts vallen en niet binnen zijn expertise vallen.*

1052 *Er ontstaat een moeilijke situatie voor Mark; hij heeft dringend tandheelkundige zorg nodig, maar kan geen*  
1053 *verwijzing krijgen en heeft onvoldoende financiële middelen om zelfstandig een tandarts te benaderen. Dit leidt*  
1054 *tot onzekerheid en frustratie.*

1055 *De tandprotheticus heeft geen bevoegdheid om een verwijzing naar de kaakchirurg te maken en kan Mark op dit*  
1056 *moment niet verder helpen. Mogelijke vervolgstappen kunnen zijn:*

1057 **1. Contact met een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)**

1058 *o Deze centra zijn gespecialiseerd in de behandeling van patiënten met angst,*  
1059 *gedragsproblematiek en medische complicaties.*

1060 *o Een huisarts kan in sommige gevallen wél verwijzen naar een CBT, wat een alternatieve route*  
1061 *kan zijn.*

1062 **2. Sociale hulpverlening en bewindvoering inschakelen**

1063 *o Mark's bewindvoerder kan mogelijk ondersteunen bij het vinden van financiële regelingen of*  
1064 *hulp via de gemeente.*

1065 *o Bijzondere bijstand of een zorgvergoeding via de gemeente kan een optie zijn.*

1066 **3. Overleg met een andere tandarts die ervaring heeft met angstpatiënten**

1067 *o Wellicht is er een tandarts bereid om Mark, ondanks zijn verleden, in behandeling te nemen*  
1068 *met extra voorzorgsmaatregelen.*

1069 *Mark bevindt zich in een kwetsbare positie waarin zijn mondgezondheid en algehele welzijn onder druk staan.*  
1070 *Door samen te werken met verschillende zorgverleners en instanties moet gezocht worden naar een haalbare*  
1071 *oplossing. Een multidisciplinaire aanpak, waarbij de huisarts, bewindvoerder en mogelijk een CBT worden*  
1072 *betrokken, lijkt de meest kansrijke weg om Mark de zorg te bieden die hij nodig heeft.*  
1073

---

1074

#### 1075 **4. Opleiding en kwaliteit in de tandprothetiek**

1076

1077 Bij de nieuwe insteek voor de herziening van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg, gericht op  
1078 persoonsgerichte en samenhangende (mond)zorg, past ook een andere benadering van het  
1079 kwaliteitsbeleid in de tandprothetische zorg. Het nieuwe kwaliteitsdenken van de Kwaliteitsraad  
1080 (onderdeel van het Zorginstituut Nederland) biedt hiervoor inspiratie.

1081

1082 Het nieuwe kwaliteitsdenken van de Kwaliteitsraad<sup>37</sup> gaat uit van ‘Goede Zorg’. Goede zorg houdt  
1083 verband met het ‘goede leven’, gedefinieerd vanuit het perspectief van de patiënt. Volgens de  
1084 Kwaliteitsraad zou goede zorg moeten aansluiten op drie principes die voor veel mensen belangrijk  
1085 zijn bij het leiden van een goed leven: autonomie, in verbinding staan met anderen en betekenisvol  
1086 bezig zijn. Goede zorg is daarmee afhankelijk van waarden en normen van betrokkenen over wat zij  
1087 als een goed leven zien. Goed leven vraagt een voortdurende afweging van persoonlijke,  
1088 professionele en maatschappelijke waarden. Het gesprek hierover staat centraal. In de eerste plaats  
1089 natuurlijk op het niveau van patiënt en zorgverlener (o.a. via samen beslissen); als ook op het niveau  
1090 van organisaties en op het niveau van de samenleving als geheel, zowel regionaal als landelijk. Voor  
1091 het goede gesprek met alle betrokkenen is het van belang dat de relevante mensen aan tafel zitten,  
1092 dat het gesprek over persoonlijke en maatschappelijke waarden wordt gevoerd, dat informatie voor  
1093 iedereen beschikbaar is en dat de juiste kennisbronnen worden gebruikt. Het onderlinge gesprek  
1094 tussen alle betrokkenen zou zich vooral moeten richten op samen leren en verbeteren.

1095

1096 Ook de *context* waarin zorg wordt geleverd is bepalend voor wat we samen verstaan onder goede  
1097 zorg. Wat we goede zorg vinden is voortdurend aan verandering onderhevig. De huidige  
1098 omstandigheden met een toenemende zorgvraag, personeelstekorten en hoge werkdruk vragen om  
1099 ‘*passende zorg*’, waarbij het vooral draait om tijdigheid, veiligheid en beschikbaarheid van zorg.  
1100 Volgens de principes van het nieuwe kwaliteitsdenken kan op een *lerende manier* worden gewerkt  
1101 aan de belangrijkste processen op het gebied van tijdige, veilige en beschikbare (mond)zorg. Het  
1102 nieuwe kwaliteitsdenken biedt mogelijkheden om de voortgang te monitoren en op basis daarvan  
1103 samen met andere betrokkenen te *leren en te verbeteren*. Op die manier kunnen tandprothetici en  
1104 andere zorgverleners binnen en buiten de mondzorg zich aanpassen aan de veranderende  
1105 omstandigheden en de context waarin ze functioneren. Hiermee leggen we een basis voor een  
1106 passend kwaliteitsbeleid voor de tandprothetiek, waarin alle aspecten die bijdragen aan goede en  
1107 betrouwbare kwaliteit hun plek hebben.

1108

1109 Dit alles vraagt om bestaande en nieuwe kwaliteitsinstrumenten die in dit hoofdstuk aan de orde  
1110 komen. Kwaliteitsstandaarden blijven daarbij nuttig. Ze staan vooral ten dienste van het samen leren  
1111 en verbeteren en zullen meer ruimte moeten laten voor keuzes die aansluiten bij de persoonlijke  
1112 context van patiënten. Ook indicatoren blijven belangrijk en moeten vooral gebruikt worden als  
1113 brandstof voor het samen leren en verbeteren, in plaats van als middel om op af te rekenen. Dit  
1114 komt tegemoet aan het vertrouwen in de zorgprofessional en zijn of haar intrinsieke motivatie als  
1115 belangrijk vertrekpunt.

1116

1117

---

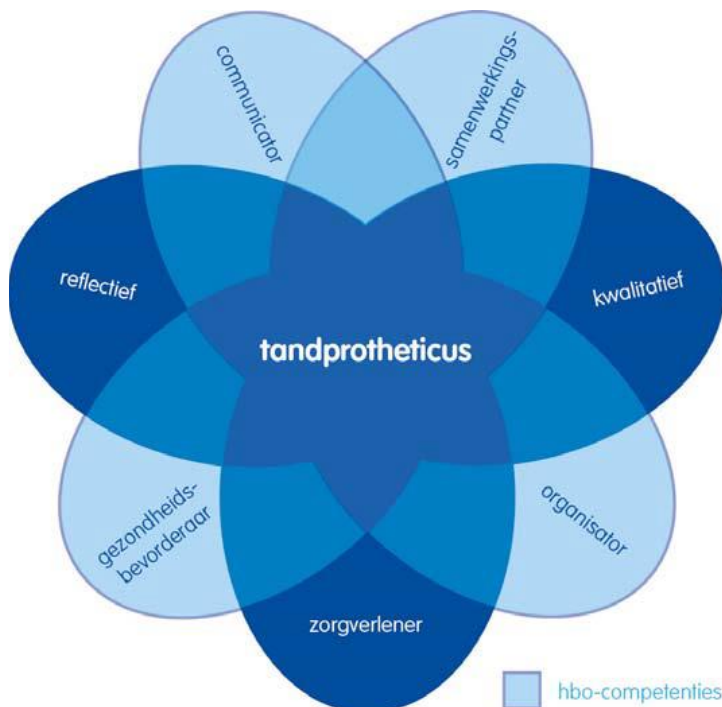
<sup>37</sup> Samen leren en verbeteren. Visie van de Kwaliteitsraad op kwaliteit van zorg, Zorginstituut Nederland 2019.  
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2019/10/01/visie-van-de-kwaliteitsraad-op-kwaliteit-van-zorg>

#### 1118 4.1 Opleiding en competenties van de tandprotheticus

1119 De opleiding en competenties van zorgverleners bieden een goede basis voor het leveren van  
1120 kwaliteit. De tandprotheticus beschikt over een brede deskundigheid als mondzorgverlener. De  
1121 specialistische kennis en kunde op het vlak van tandtechniek heeft hij ontwikkeld in een NVAO-  
1122 geaccrediteerde beroepsopleiding. Een vierjarige HBO-erkende opleiding (op niveau 6) bereidt de  
1123 tandprotheticus voor om op een verantwoorde manier zijn vak uit te oefenen. De kern van het vak  
1124 richt zich op het snijvlak van de tandprotheticus in zijn rol als zorgverlener en technicus: *'de*  
1125 *ontwikkelaar van behandelingen op maat'*.  
1126

1127 Het profiel voor deze opleiding is mede gebaseerd op de CanMEDS rollen van de Canadian Medical  
1128 Education Directions for Specialists.<sup>38</sup> Deze zes complementaire rollen (zie afbeelding)<sup>39</sup> stellen de  
1129 tandprotheticus in staat om optimaal te functioneren binnen een team en zijn (werk)omgeving:

- 1130 • De tandprotheticus als reflectieve professional: kritische denker en gretige onderzoeker.
- 1131 • De tandprotheticus als professional en kwaliteitsbevorderaar: strenge monitor van eigen  
1132 handelen.
- 1133 • De tandprotheticus als communicator: empathische, effectieve en moderne communicator.
- 1134 • De tandprotheticus als samenwerkingspartner: constructieve en kritische partner.
- 1135 • De tandprotheticus als gezondheidsbevorderaar: betrokken  
1136 behandelaar die preventie en brede gedagsbeïnvloeding belangrijk vindt.
- 1137 • De tandprotheticus als organisator: creatieve, efficiënte organisator en ondernemer.  
1138



1139  
1140

1141 *Figuur 5 Beroepscompetentieprofiel tandprotheticus*

1142

1143 Volgens het bovengenoemde beroepsprofiel is de tandprotheticus in staat gebruik te maken van  
1144 wetenschappelijke inzichten en deze toe te passen in zijn beroepsuitoefening, van diagnose tot

<sup>38</sup> <http://canmeds.royalcollege.ca/en/framework>

<sup>39</sup> Deze rollen staan beschreven in het Beroepsprofiel Tandprotheticus, ONT, 2018)



1145 nazorg. De tandprotheticus verwoordt en verantwoordt zijn handelen op basis van het best  
1146 beschikbare wetenschappelijke bewijs, de situatie van de patiënt, de wensen van de patiënt en de  
1147 eigen praktijkervaring. De tandprotheticus kan een actieve bijdrage leveren aan wetenschappelijk  
1148 onderzoek. De opleiding van tandprotheticici is ook gericht op (leren) samenwerken en communiceren,  
1149 het verwerven van medische kennis en inzicht in (psycho)sociale en interculturele aspecten. De  
1150 beroepstitel tandprotheticus is een beschermde beroepstitel (artikel 34 Wet BIG) die kan worden  
1151 verkregen na het behalen van het diploma Tandprotheticus aan de opleiding Tandprothetiek bij de  
1152 Hogeschool Utrecht.  
1153

## 1154 4.2 Deskundigheidsbevordering van de tandprotheticus

1155 Een belangrijke voorwaarde voor een adequaat kwaliteitsbeleid is dat er goede en actuele kennis  
1156 aanwezig is bij alle betrokken mondzorgverleners. Om hun kennis op peil te houden, is het belangrijk  
1157 kwaliteitseisen te stellen aan het opleidingsniveau en hierover landelijke afspraken te maken.  
1158 Deskundigheidsbevordering is een continu proces. Van de mondzorgverleners wordt verwacht dat zij  
1159 adequaat zijn opgeleid om de hiervoor beschreven zorg met de juiste attitude, kennis en  
1160 vaardigheden te kunnen waarborgen. De tandprotheticus zorgt er actief voor dat zijn kennis en kunde  
1161 blijft aansluiten bij ontwikkelingen in het beroepenveld. Het bijhouden van vakliteratuur, volgen van  
1162 relevante cursussen en bijscholing en deelnemen aan vakinhoudelijke discussies behoren tot de  
1163 dagelijkse beroepsuitoefening. In het openbare KwaliteitsRegister TandProtheticici (KRTP) staan  
1164 gediplomeerde tandprotheticici vermeld die voldoen aan de kwaliteitseisen die de beroepsgroep zelf  
1165 heeft gesteld. Geregistreerde tandprotheticici kiezen hiermee voor kwaliteit en maken dat ook  
1166 zichtbaar voor patiënten, zorgverzekeraars en anderen met wie zij samenwerken.  
1167

## 1168 4.3 Richtlijnen en standaarden

1169 Zorgverleners handelen volgens kwaliteitsstandaarden, zoals richtlijnen en zorgstandaarden. In deze  
1170 documenten staat beschreven wat goede zorg is en welke zorg geleverd zou moeten  
1171 worden. Afwijken van richtlijnen en standaarden kan, maar moet gemotiveerd worden in het  
1172 medisch dossier<sup>40</sup>.

- 1173 • Een *richtlijn* is een document met aanbevelingen gericht op het verbeteren van de kwaliteit  
1174 van zorg. De inhoud van een richtlijn wordt gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek,  
1175 aangevuld met deskundigheid en ervaringen van zorgverleners en patiënten. Zorgverleners  
1176 moeten de richtlijn bij hun zorgverlening toepassen<sup>41</sup>.
- 1177 • Een *zorgstandaard* beschrijft vanuit het patiëntenperspectief waar kwalitatief goede zorg aan  
1178 moet voldoen. Niet alleen voor de inhoud van de zorg (zoals de behandeling of het  
1179 voorschrijven van medicijnen) maar ook voor de organisatie ervan en de ondersteuning van  
1180 zelfmanagement. Een zorgstandaard is dus een hulpmiddel voor zorgverlener, verzekeraar én  
1181 patiënt<sup>42</sup>.

1182  
1183 Zorgstandaarden en richtlijnen vormen een eenheid. Hiermee kunnen de zorgprofessional en de  
1184 patiënt samen de behandeling vormgeven. Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules  
1185 vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'<sup>43</sup>. Volgens de definitie van Zorginstituut

---

<sup>40</sup> [https://kennisbank.patientenfederatie.nl/app/answers/detail/a\\_id/1232/~/richtlijn-en-zorgstandaard](https://kennisbank.patientenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/1232/~/richtlijn-en-zorgstandaard)

<sup>41</sup> [https://kennisbank.patientenfederatie.nl/app/answers/detail/a\\_id/1232/~/richtlijn-en-zorgstandaard](https://kennisbank.patientenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/1232/~/richtlijn-en-zorgstandaard)

<sup>42</sup> [https://kennisbank.patientenfederatie.nl/app/answers/detail/a\\_id/1232/~/richtlijn-en-zorgstandaard](https://kennisbank.patientenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/1232/~/richtlijn-en-zorgstandaard)

<sup>43</sup> <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/vaktherapie/implementatieplan/kwaliteitsstandaarden>

1186 Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het  
1187 perspectief van de patiënt.  
1188  
1189 De richtlijn vormt de input voor een *protocol* waarin naast het ‘wat en wanneer’ het ‘hoe’ en vaak  
1190 ook ‘door wie’ wordt beschreven<sup>44</sup>.  
1191  
1192 Ontwikkelproces<sup>45</sup>  
1193 De ontwikkeling van richtlijnen begint met een ‘*knelpuntenanalyse*’ die zich zowel richt op de inhoud  
1194 als op de organisatie van zorg. Een richtlijn kan geheel worden herzien of alleen op onderdelen. Naast  
1195 zorgverleners en zorggebruikers worden andere relevante partijen gevraagd naar knelpunten,  
1196 bijvoorbeeld vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, zorgorganisaties en – instellingen, overheid  
1197 en industrie. Methoden die gehanteerd kunnen worden zijn literatuuronderzoek,  
1198 vragenlijstonderzoek, focusgroepen en interviews met sleutelfiguren. Getracht wordt een zo  
1199 compleet mogelijk beeld te krijgen van de problematiek in de praktijk.  
1200  
1201 Uit de knelpuntenanalyse komen ‘*uitgangsvragen*’ naar voren die onder andere betrekking kunnen  
1202 hebben op de oorzaak van aandoeningen, screening en preventie, diagnostiek, therapie en  
1203 begeleiding, prognose en follow-up, en organisatie van zorg. Een specifieke uitgangsvraag bevat een  
1204 omschrijving van de patiënten/cliëntenpopulatie, eventuele interventie en controle-interventie en  
1205 uitkomstmaten. De werkgroep die de richtlijn ontwikkelt, brengt een prioritering aan in de  
1206 uitgangsvragen en selecteert de meest relevante uitgangsvragen voor gericht literatuuronderzoek.  
1207  
1208 Er bestaat een expliciet verband tussen de ‘*aanbevelingen*’ en het onderliggende wetenschappelijke  
1209 bewijsmateriaal. Aanbevelingen voor organisatie van zorg hoeven niet per se uit literatuuronderzoek  
1210 te volgen. Hiervoor zijn focusgroepen, open space meetings en observatiemethoden ook zinvolle  
1211 methoden. Bij het opstellen van de aanbevelingen worden gezondheidswinst, bijwerkingen,  
1212 veiligheid, doelmatigheid en bevorderende en belemmerende factoren van de toepassing  
1213 overwogen.  
1214  
1215 Een aanbeveling beschrijft concreet en nauwkeurig welk beleid in bepaalde situaties bij een  
1216 welomschreven patiëntengroep geschikt wordt geacht. Duidelijk is welke actie wordt aanbevolen en  
1217 wat het doel is. Een aanbeveling is zo geformuleerd dat duidelijk wordt hoe krachtig die moet worden  
1218 opgevat. Bij het opstellen van aanbevelingen wordt rekening gehouden met de acceptatie en  
1219 uitvoerbaarheid. Aanbevelingen voor de organisatie van zorg zijn zo geformuleerd dat ze expliciet  
1220 rekening houden met de consequenties voor de praktijk.  
1221  
1222 Het richtlijnontwikkelingstraject levert producten op die afgestemd zijn op de behoeften van zowel de  
1223 zorgprofessionals als de zorggebruikers en daardoor het gebruik van de richtlijn bevorderen. Denk  
1224 hierbij voor zorgprofessionals aan computerapplicaties, scholingsmaterialen en auditsystemen. Voor  
1225 zorggebruikers gaat het hierbij bijvoorbeeld om producten zoals: patiënten-versies van de richtlijn,  
1226 keuzeondersteunende voorlichtings- en educatiematerialen (zoals keuzehulpen) en andere producten  
1227 die zelfmanagement en het proces van gezamenlijke besluitvorming door zorgprofessional en  
1228 zorggebruiker bevorderen.

---

<sup>44</sup> <https://zorgstandaarddiabetes.nl/extrapage/verschil-zorgstandaard-richtlijn-protocol/>

<sup>45</sup> <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/Richtlijn+voor+Richtlijnen+derde+herziene+versie.pdf>

1229  
1230  
1231  
1232  
1233  
1234  
1235  
1236  
1237  
1238  
1239  
1240  
1241  
1242  
1243  
1244  
1245  
1246  
1247  
1248  
1249

## Gebruik van richtlijnen<sup>46</sup>

Een richtlijn is geen doel, maar een middel om aan te geven welke handelingen in welke volgorde en onder welke omstandigheden verricht moeten worden opdat de juiste zorg zo goed mogelijk wordt geleverd. Gebruikers van een richtlijn moeten zich realiseren dat richtlijnen geen dwingende voorschriften zijn. Richtlijnen bevatten expliciete, zo veel mogelijk op evidence gebaseerde aanbevelingen en inzichten waaraan zorgverleners behoren te voldoen om kwalitatief optimale zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen hoofdzakelijk gericht zijn op de 'gemiddelde patiënt' en de praktijk meestal complexer is dan in de richtlijn is weergegeven, kunnen en moeten zorgverleners in individuele gevallen soms afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn. Wie contrair aan een aanbeveling uit een richtlijn handelt, moet dat motiveren in het zorgdossier. Hierbij geldt het principe 'pas toe of leg uit'. Naarmate de aanbeveling stringenter is opgesteld, wordt het afwijken uitgebreider verantwoord in het zorgdossier.

Een goede richtlijn is uitvoerbaar in de praktijk en leidt tot optimale kwaliteit van zorg. Een richtlijn die op basis van knelpunten tot stand is gekomen, hoort te worden opgeleverd met aandachtspunten en aanbevelingen voor implementatie. Deze beschrijven onder meer de implementatietaken en -verantwoordelijkheden van diverse betrokken zorgprofessionals en zorgorganisaties. De benodigde aanpassingen en randvoorwaarden op het gebied van organisatie van zorg en financiële consequenties nemen een belangrijke plaats in.

Voor het waarborgen van kwaliteit en veiligheid in de tandprothetische zorg is het van belang om de relevante richtlijnen en protocollen te volgen. Hieronder worden de meest relevante richtlijnen opgesomd die van toepassing zijn binnen de tandprothetische zorg:

### Klinische richtlijnen:

- Relevante KIMO Richtlijnen:
  - Antibiotica-gebruik in de mondzorg
  - Gebitsslijtage
  - Mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen
  - Periodiek mondonderzoek
  - Xerostomie en hyposalie

### Praktijkrichtlijnen

- Richtlijn voor het vervaardigen van een volledige gebitsprothese
- SKILZ Richtlijn mondverzorging
- KNMT Praktijkrichtlijn Infectiepreventie
- KNMT Praktijkwijzer Mondzorg aan kwetsbare ouderen
- KNMT Praktijkrichtlijn Verwijzen
- KNMG Richtlijn Omgaan met medische gegevens
- KNMG Richtlijn Verantwoordelijkheidsverdeling (zie paragraaf 5.3)

<sup>46</sup> <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/Richtlijn+voor+Richtlijnen+derde+herziene+versie.pdf>

#### 1250 4.4 Kwaliteitsbeleid binnen de tandprothetiek

1251 Het kwaliteitsbeleid van tandprothetici - gericht op het samen leren en verbeteren van de kwaliteit  
1252 van de tandprothetische zorg - omvat onder meer: het eigen beroepsmatig handelen als individuele  
1253 zorgverlener (het leveren van verantwoorde zorg aan patiënten), het beroepsmatig handelen binnen  
1254 de eigen (praktijk)organisatie en tandprothetische zorgverlening binnen de beroepsgroep als geheel.  
1255 Het kwaliteitsbeleid is gericht op het continu verbeteren van prestaties vanuit het perspectief van  
1256 zowel de zorgverlener (op het niveau van de gehele populatie) als de patiënt (kwaliteitsperceptie op  
1257 individueel niveau). De kwaliteitsnorm voor tandprothetici wordt in eerste instantie bepaald door de  
1258 beroepsgroep en is doorgaans gebaseerd op statistische gemiddelden. De kwaliteitsnorm voor de  
1259 patiënt is individueel van aard (gebaseerde op gezamenlijke besluitvorming) en komt tot uitdrukking  
1260 in de ervaren kwaliteit (verwachting versus ervaring). De norm voor individuele kwaliteitsperceptie  
1261 zal dientengevolge worden vastgesteld in samenspraak met, of liever nog, door de patiënt zelf.  
1262 Uiteindelijk moet dit alles leiden tot optimale uitkomsten van de tandprothetische zorg.  
1263 Voor de uitvoering van kwaliteitsbeleid zijn kennis en inzicht onmisbaar. De basis hiervoor bestaat uit  
1264 drie delen. Eén: het continu en eenduidig vastleggen van gegevens. Twee: het mede aan de hand  
1265 hiervan meten van resultaten van zorg en dienstverlening, met behulp van indicatoren. Drie: het  
1266 bespreken van potentieel suboptimale factoren tijdens klinische visitaties en audits. De gemeten  
1267 resultaten kunnen naast de vooraf vastgestelde normen worden gelegd. Of worden vergeleken met  
1268 andere resultaten: benchmarking. Het resultaat vormt de basis voor verbeter- en borgingsplannen.  
1269 Kwaliteitsverbetering en -borging vereist een methodische aanpak die structureel in de eigen  
1270 werkwijzen is ingebed. De werkwijze wordt vastgelegd in een cyclisch proces, volgens de Plan-Do-  
1271 Check-Act cyclus (PDCA-cyclus). Dit wordt getoetst door de beroepsvereniging en hierop wordt  
1272 toezicht gehouden door de IGJ.

1273

#### 1274 Visitatie

1275 De tandprotheticus stelt vast in hoeverre zijn beroepsmatige handelen voldoet aan geldende  
1276 standaarden voor de beroepsuitoefening. Dit doet hij via systematische registratie, evaluatie, kritische  
1277 zelfreflectie en intervisie. De tandprotheticus heeft vanuit de beroepsvereniging ONT de mogelijkheid  
1278 mee te doen aan een klinische visitatie. Dit is een intercollegiale doorlichting van de zorgverlening  
1279 van de betreffende professional in zijn eigen werkomgeving. Het is een manier om verbeterpunten op  
1280 te sporen in de context waarbinnen de behandelaar werkt. De tandprotheticus levert een actieve  
1281 bijdrage aan inhoudelijke overleggen over werkwijzen, de kwaliteit van de zorg en ontwikkelingen in  
1282 het vak, zowel binnen de eigen organisatie, de beroepsgroep, als het bredere veld van mondzorg. De  
1283 tandprotheticus kan bijvoorbeeld stagiairs een werkervaringsplaats bieden en begeleiden in hun  
1284 professionele ontwikkeling.

1285

#### 1286 Praktijkcertificering

1287 Voor tandprothetische praktijken bestaat er een ONT-branchekeurmerk. Hiermee kunnen ONT-leden  
1288 aantonen dat de organisatie van de praktijk goed op orde is en dat zij serieus werk maken van de  
1289 kwaliteit van zorg. Ze voldoen daarbij aan de eisen die worden gesteld door patiënten, professionals  
1290 en relevante stakeholders. De regels waaronder het ONT branchekeurmerk wordt verleend, zijn  
1291 opgesteld door de ONT en Roozeboom Consulting. Het ONT-branchekeurmerk wordt afgegeven door  
1292 Roozeboom Certification, een onafhankelijke certificerende organisatie die het kwaliteitssysteem  
1293 toetst aan de hand van de eisen van NEN-EN-ISO 9001. Het ONT-branchekeurmerk is niet  
1294 geaccrediteerd door de Raad voor Accreditatie. Naast deze veel gebruikte vorm van  
1295 praktijkcertificering voor tandprothetici kunnen praktijken ook zelf een certificerende instelling in de

1296 arm nemen die voldoet aan de gestelde eisen om de NEN-EN-ISO 9001 certificering te laten  
1297 uitvoeren.  
1298

## 1299 4.5 Kwaliteitsindicatoren

1300 Werken aan verbetering van de kwaliteit van zorg volgens de PDCA-cyclus is een belangrijk onderdeel  
1301 van het kwaliteitsbeleid van de tandprothetische zorg en de mondzorg. Inzicht in de kwaliteit van de  
1302 tandprothetische zorg/mondzorg is daarvoor noodzakelijk. Kwaliteitsindicatoren zijn meetbare  
1303 elementen van de zorgverlening die inzicht geven in de kwaliteit van de geleverde zorg. Een indicator  
1304 heeft een signaalfunctie en kan aanleiding geven tot nader onderzoek. Kwaliteitsindicatoren zijn  
1305 onder te verdelen in structuur-, proces-, en uitkomstindicatoren. Structuurindicatoren zijn een maat  
1306 voor kwaliteit van de organisatie van de tandprothetische zorg. Procesindicatoren weerspiegelen de  
1307 uitvoering van het (individuele) zorgproces. Uitkomstindicatoren geven een beeld van de uitkomsten  
1308 van het (individuele) zorgproces. Deze gegevens kunnen worden gebruikt voor evaluatie en  
1309 verbetering van het zorgproces, voor onderlinge vergelijking van prestaties (benchmark) en om de  
1310 transparantie in de zorg te vergroten.

1311  
1312 Bij het opstellen van indicatoren in het verlengde van de Zorgstandaard 'Tandprothetische zorg' kan  
1313 deels gebruik worden gemaakt van indicatoren die reeds door het veld zijn ontwikkeld en getoetst.  
1314 Het gaat hierbij vooral om zorginhoudelijke indicatoren. Om vast te stellen of de tandprothetische  
1315 zorg in Nederland daadwerkelijk volgens deze zorgstandaard wordt geboden, zijn aanvullende  
1316 structuur- en procesindicatoren nodig. Daarbij kan worden gedacht aan indicatoren, zoals:

- 1317 • hoeveel procent van de patiënten heeft een (individueel) mondzorg- en behandelplan?
- 1318 • voor hoeveel procent van de patiënten is vastgelegd wie het eerste aanspreekpunt is  
1319 gedurende het behandeltraject?
- 1320 • et cetera.

1321  
1322 Een nog in te stellen werkgroep van de ONT zal door het ONT-bestuur worden gevraagd om in  
1323 aansluiting op de onderhavige zorgstandaard specifiek een aantal (aanvullende) indicatoren te  
1324 ontwikkelen. Het gaat om indicatoren op het niveau van de individuele patiënt, de zorgverlener en de  
1325 samenwerking met andere zorgverleners in de mondzorg.  
1326

## 1327 4.6 Kwaliteit als keuze-informatie

1328 Iets minder dan de helft van de patiënten komt op verwijzing bij de tandprotheticus terecht en het  
1329 overige deel heeft zelf een tandprotheticus gekozen. Laatstgenoemde patiënten kiezen hun  
1330 tandprotheticus zelden op grond van informatie op internet of van zorgverzekeraars. Meestal komen  
1331 ze terecht bij een tandprothetische praktijk in de buurt en/of via aanbevelingen van familie, vrienden  
1332 of kennissen. In eerste instantie komen mensen vaak terecht bij een tandprotheticus voor het laten  
1333 aanmeten en vervaardigen van een nieuwe gebitsprothese en vervolgens voor reparaties of  
1334 aanpassingen van de gebitsprothese. Deze behandelingen worden veelal uitgevoerd in een  
1335 tandprothetische praktijk. Om een weloverwogen keuze te maken uit het aanbod aan  
1336 tandprothetische praktijken is het voor patiënten belangrijk om inzicht te krijgen in de kwaliteit van  
1337 een tandprotheticus en/of de praktijk.

1338  
1339 De kwaliteit van de tandprothetische praktijk kan inzichtelijk worden gemaakt door het openbaar  
1340 maken van zorguitkomsten op het gebied van:

- 1341 • het verminderen van klachten;
- 1342 • het voorkomen van complicaties;
- 1343 • de levensduur van restauraties;
- 1344 • de gemiddelde behandelduur.

1345

1346 Het zorgvolume (het aantal behandelingen dat wordt uitgevoerd) en de aanwezige praktijkvariatie (de  
1347 aanwezige spreiding in de resultaten) zijn belangrijke aspecten van dergelijke zorguitkomsten.

1348 Daarnaast kunnen ook patiëntervaringen een beeld geven van de geboden zorg. Dit geldt ook voor  
1349 aanvullende informatie over het zorgaanbod, zoals: garantievoorwaarden, de beschikbaarheid van  
1350 spoeddiensten of tandprothetische zorg aan huis.

1351

## 1352 5. Organisatie van passende (tandprothetische) zorg

1353 Wat is er voor nodig om de beweging te maken van de huidige situatie naar de gewenste situatie? Op  
1354 dit moment worden patiënten veelal vanuit vastomlijnde kaders behandeld dan wel doorverwezen  
1355 naar andere (mond)zorgverleners. Volgens de gewenste situatie, waarin de patiënten het vertrekpunt  
1356 vormen en de mondzorgverleners uit het mondzorgteam rond de patiënt staan, is er meer sprake van  
1357 het *'actief toegeleiden'* van de patiënten naar de meest aanwezige zorgverlener uit het  
1358 mondzorgteam die de patiënt op dat moment het beste kan helpen. Hierbij is sprake van een *'warme*  
1359 *overdracht'* van de patiënt in het vertrouwen dat de desbetreffende collega uit het mondzorgteam de  
1360 meest passende zorg kan leveren. Bij actieve toegeleiding hebben de mondzorgverleners uit het  
1361 mondzorgteam vooraf onderling contact, zodat de *'ontvangende mondzorgverlener'* zich kan  
1362 voorbereiden op de komst van de patiënt en op de hoogte is van diens voortraject en de reden van  
1363 de overdracht. Op die manier ontstaat een warme overdracht van de patiënt van de ene  
1364 mondzorgprofessional naar de andere mondzorgprofessional. Deze andere benadering veronderstelt  
1365 de aanwezigheid van een aantal belangrijke randvoorwaarden die in dit hoofdstuk staan beschreven,  
1366 namelijk:

- 1367 • meenemen van patiënten in het veranderingstraject;
- 1368 • korte lijnen en vertrouwen binnen het mondzorgteam;
- 1369 • duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling;
- 1370 • toereikende capaciteit aan (mond)zorgverleners;
- 1371 • gezamenlijke opleiding en bij- nascholing;
- 1372 • ontwikkeling en vernieuwing van het vakgebied;
- 1373 • digitalisering binnen de tandprothetiek;
- 1374 • faciliteren van gegevensuitwisseling;
- 1375 • praktijkorganisatie en (regionale/landelijke) ondersteuning;
- 1376 • adequate vergoeding en bekostiging;
- 1377 • overige organisatorische aspecten;
- 1378 • klachtenafhandeling.

1379

1380 Deze randvoorwaarden worden in het vervolg van dit hoofdstuk nader toegelicht.

1381

### 1382 5.1 Meenemen van patiënten in het veranderingstraject

1383 De beweging richting persoonsgerichte en samenhangende (mond)zorg betekent ook voor patiënten  
1384 een verandering. Het is belangrijk patiënten hierin mee te nemen, zodat ze weten wat ze van deze  
1385 nieuwe aanpak mogen verwachten. In het zorgproces wordt daarbij een actievere rol van de  
1386 patiënten verwacht. Via het proces van samen beslissen krijgen behandeldoelen en -afspraken een  
1387 meer persoonsgericht karakter. Aan de hand van de '3 goede vragen'<sup>47</sup> en andere hulpmiddelen  
1388 kunnen patiënten zich voorbereiden op het 'goede gesprek' met de zorgverleners. De bewustwording  
1389 en motivatie van patiënten over hun rol in het zorgproces kan worden ondersteund met een  
1390 publiekscampagne (zie hiervoor onder meer de recente campagnes van De Mond Niet Vergeten!  
1391 gericht op thuiswonende kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers<sup>48</sup>). Parallel aan deze campagnes  
1392 zijn andere interventies nodig gericht op gedragsverandering bij (mond)zorgverleners, zoals opleiding  
1393 en scholing van (mond)zorgprofessionals (zie paragraaf 4.1 en 4.2).

---

<sup>47</sup> Binnen de zorg is al veel aandacht voor samen beslissen. De 3 goede vragen zijn een eenvoudige manier om hier verder praktische invulling aan te geven. Kijk voor meer informatie over de 3 goede vragen op:

<https://3goedevragen.nl/>

<sup>48</sup> <https://demonietvergeten.nl/ouder-woorden/>

1394 **5.2 Korte lijnen en vertrouwen binnen het mondzorgteam**

1395 De samenwerking binnen het mondzorgteam is gebaseerd op onderling vertrouwen, afstemming en  
1396 samenwerking. Het creëren van deze gezamenlijke basis vraagt voortdurend aandacht en permanent  
1397 onderhoud. Dit begint met elkaar leren kennen om vervolgens aan de hand van gedeelde ervaringen  
1398 vertrouwd te raken met elkaar en op die manier een samenwerkingsrelatie op te bouwen. Door  
1399 intensief met elkaar op te trekken, ontstaan er korte lijntjes en groeit het onderlinge vertrouwen.  
1400 Gezamenlijke training, bij- en nascholing en intervisie blijken daarbij zeer behulpzaam (zie paragraaf  
1401 4.2).

1402  
1403 Wanneer op dagelijkse basis in een open sfeer intensief met elkaar wordt samengewerkt, versterkt  
1404 dat de onderlinge band en het vertrouwen. Wederkerige samenwerkingsafspraken bieden garanties  
1405 voor adequate zorg waarop kan worden teruggevalen in situaties waarin het echt nodig is. Op die  
1406 manier gaat verwijzen over in toegeleiden, waardoor patiënten er zeker van kunnen zijn dat zij niet  
1407 tussen wal en schip belanden en door de best gekwalificeerde zorgverlener worden behandeld.  
1408

1409 **5.3 Duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden**

1410 De spelregels voor de onderlinge samenwerking kunnen worden ontleend aan de 'Handreiking  
1411 verantwoordelijkheidsverdeling van de KNMG'<sup>49</sup>. Deze handreiking bevat een lijst met  
1412 aandachtspunten, waar zorgverleners uit alle sectoren bij elke vorm van samenwerking alert op  
1413 moeten zijn. Zie onderstaande checklist.

1414  
1415 Hoever (mond)zorgverleners moeten gaan bij het naleven van de aandachtspunten, hangt af van de  
1416 situatie. Immers, niet alle situaties van samenwerking in de zorg zijn even complex of problematisch.  
1417 In het ene geval kan een gebrekkige samenwerking meer schadelijke gevolgen hebben voor de cliënt  
1418 dan in het andere geval. Naarmate die gevolgen schadelijker kunnen zijn, neemt het belang van het  
1419 naleven van de aandachtspunten uit deze handreiking toe.

---

<sup>49</sup> Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, KNMG 2022  
<https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/kwaliteit-en-veiligheid-2/verantwoordelijkheidsverdeling>



### Checklist verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg KNMG

1. Indien er op enig moment meerdere zorgverleners bij de zorgverlening aan een cliënt betrokken raken, dan maken zij zo nodig duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden bij de zorgverlening aan de cliënt.
2. Uitgangspunt is dat iedere zorgverlener die betrokken is bij in samenwerking te verlenen zorg, een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft en houdt jegens de cliënt, voor zijn/haar aandeel in de zorg. Zij zorgen allen dat zowel onderling als voor de cliënt of diens vertegenwoordiger(s) duidelijk is, wie verantwoordelijk is voor welk deel van de zorgverlening. Als de aard of de complexiteit van de te verlenen zorg dat nodig maakt, spreken alle betrokken zorgverleners af dat één van hen wordt aangewezen als regiebehandelaar. Deze ziet er in elk geval op toe dat:
  - de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de cliënt wordt bewaakt en waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
  - er adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen bij de behandeling betrokken zorgverleners;
  - er één aanspreekpunt is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling van de cliënt of diens naaste betrekking(en).

De regiebehandelaar hoeft niet zelf aanspreekpunt te zijn. Het aanspreekpunt hoeft niet alle vragen zelf inhoudelijk te kunnen beantwoorden, maar moet wel de weg naar de antwoorden weten. De zorgverleners zorgen ervoor dat deze afspraken duidelijk zijn voor de cliënt of diens naaste betrekking(en).
3. Alle zorgverleners die bij de samenwerking zijn betrokken, beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan voor de cliënt. De cliënt of diens vertegenwoordiger wordt actief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van dit zorg- of behandelplan. De bij de samenwerking betrokken zorgverleners houden de relevante gegevens bij in het dossier van de cliënt. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat kan worden geraadpleegd en aangevuld door alle zorgverleners die bij de samenwerking zijn betrokken. Kan dat niet, dan maken de samenwerkingspartners afspraken over de wijze waarop zij relevante informatie uit het dossier met elkaar delen, zodat alle betrokken zorgverleners tijdig op de hoogte zijn van de voor hen relevante actuele informatie.
4. Alle zorgverleners die samenwerken bij de zorgverlening aan een cliënt, vergewissen zich er zo veel mogelijk van dat zij beschikken over relevante informatie van hun collega's. Ook informeren zij actief en tijdig hun collega's over hun eigen gegevens en bevindingen, die nodig zijn om goede zorg te kunnen verlenen met inachtneming van wet- en regelgeving daaromtrent.
5. Zorgverleners dienen ook bij in samenwerking verleende zorg de rechten van de cliënt, die voortvloeien uit wetgeving en rechtspraak, op de juiste wijze na te komen. Waar nodig maken de zorgverleners afspraken die het de cliënt makkelijker maken om zijn rechten uit te oefenen ten aanzien van de in samenwerking verleende zorg en de verwerking van zijn persoonsgegevens in dat kader.
6. Alle zorgverleners betrokken bij de in samenwerking verleende zorg zijn alert op de grenzen van hun eigen mogelijkheden en deskundigheid. Zo nodig verwijzen zij de cliënt tijdig door naar een andere zorgverlener. Ze zijn op de hoogte van de deskundigheidsgebieden en kerncompetenties van hun samenwerkingspartners.
7. Bestaat er tussen verschillende zorgverleners een opdrachtrelatie, dan geeft de opdrachtgevende zorgverlener voldoende instructies aan de opdrachtnemende zorgverlener over de zorgverlening aan de cliënt en zal de opdrachtnemende zorgverlener zich inspannen deze instructies op te volgen.
8. De overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij het inrichten van overdrachtsmomenten is het van belang om zowel rekening te houden met bij overdrachtssituaties in
9. het algemeen veel voorkomende risico's als met eventuele specifieke kenmerken van de situatie van de cliënt.
10. Als dat nodig is voor een goede zorgverlening plannen de samenwerkende zorgverleners controle- en evaluatiemomenten in.
11. Over incidenten in de zorgverlening, waaronder calamiteiten, spreken de samenwerkingspartners het volgende af:
  - De samenwerkingspartners betrachten naar de cliënt openheid over incidenten, waaronder calamiteiten, die (mogelijk) merkbare gevolgen voor hem hebben.
  - De samenwerkingspartners spreken af hoe en waar zij incidenten in de zorgverlening, waaronder calamiteiten, melden.
  - Als een van de samenwerkingspartners in de ogen van één of meer collega's niet voldoet aan de normen voor goede zorg, dan spreken zij deze partner daarop aan.
12. De samenwerkingspartners leggen, wanneer sprake is van structurele samenwerking, de afspraken die zij maken over de aard en inrichting van de samenwerking en ieders betrokkenheid daarbij schriftelijk vast.

## 1421 5.4 Toereikende capaciteit aan mondzorgverleners

1422 Over de gehele linie is de beschikbaarheid van voldoende menskracht in de zorg een nijpend  
1423 probleem. Er zijn landelijke tekorten aan tandartsen, huisartsen, praktijkondersteuners en -  
1424 verpleegkundigen, doktersassistenten, wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, met  
1425 aanzienlijke regionale verschillen in gebrek aan capaciteit. Onder invloed van de aangekondigde  
1426 strengere handhaving van de wet DBA (wet Deregulering Beoordeling Arbeidsrelaties) zal het  
1427 moeilijker worden om gebruik te maken van ZZP-ers ook in de mondzorg en de tandprothetiek<sup>50</sup>. Het  
1428 tekort aan zorgpersoneel vormt een belemmerende factor voor de samenwerking binnen en buiten  
1429 de mondzorg. Tegelijkertijd biedt het arbeidsmarktvraagstuk ook een kans om de gewenste beweging  
1430 te versnellen. Juist deze dringende omstandigheden vergroten de noodzaak om meer met elkaar  
1431 samen te werken, de werkzaamheden anders te verdelen en meer gebruik te maken van nieuwe  
1432 technieken.

1433  
1434 Onder invloed van veranderende opvattingen over de balans tussen werk en privé en een toename  
1435 van het aantal vrouwelijke tandprothetici (feminisering van het beroep) is een voltijd baan en/of het  
1436 starten van een eigen praktijk niet voor alle tandprothetici een vanzelfsprekendheid. In Nederland  
1437 werken 489 tandprothetici, waarvan 85% ook praktijkeigenaar is. De overige tandprothetici (70-75  
1438 personen) werken veelal in loondienst of als ZZP-er bij een tandprothetische praktijk. Deze  
1439 ontwikkelingen gecombineerd met het verplaatsen van tandprothetische zorg van tandartsen naar  
1440 tandprothetici stelt de beroepsgroep voor de vraag: Hoe kunnen we inspelen op deze  
1441 arbeidsmarktvraagstukken om in de (toenemende) zorgvraag te blijven voorzien? Het beantwoorden  
1442 van deze vraag is belangrijk voor zowel patiënten die tijdige en deskundige zorg verwachten als voor  
1443 praktijkhouders die op zoek zijn naar personeel en zorgverzekeraars die moeten voldoen aan hun  
1444 zorgplicht (voldoende landelijke dekking). Voor het beantwoorden van deze vraag zijn meerdere  
1445 oplossingsrichtingen denkbaar, zoals:

- 1446 • het inzetten van ondersteunend personeel;
- 1447 • het bundelen van de krachten;
- 1448 • het inzetten van innovatieve technologie (zie paragraaf 5.7 Digitalisering binnen de  
1449 tandprothetiek)
- 1450 • het bij elkaar brengen van vraag en aanbod;
- 1451 • en ondersteuning bij het starten en stoppen van een praktijk.

1452

## 1453 5.5 Gezamenlijke opleiding en bij- en nascholing

1454 Het loont om tandprothetici en andere mondzorgverleners al in een vroegtijdig stadium met elkaar in  
1455 contact te brengen.<sup>51</sup> Hiervoor bestaan uiteenlopende mogelijkheden, zoals het bieden van  
1456 stageplekken aan studenten tandheelkunde en studenten mondzorgkunde in tandprothetische  
1457 praktijken en omgekeerd door tandprothetici te betrekken bij de opleidingen tandheelkunde en  
1458 mondzorgkunde of door ze stages te laten lopen in mondzorgpraktijken.

1459

---

<sup>50</sup> 'Moderne dagloners: werken als zzp'er te veel beperkt door wet DBA?', Veerman en van der Schoot VvAA, 14 juni 2023. <https://www.vvaa.nl/nieuws-en-kennis/nieuws-en-artikelen/wet-dba>

<sup>51</sup> Is het mogelijk om met een interventie een bijdrage te leveren aan de kennis van studenten tandheelkunde over de bevoegdheden en het deskundigheidsgebied van andere mondzorgprofessionals op het gebied van uitneembare prothetiek en heeft deze kennis invloed op hun keuze voor een eventueel samenwerkingsverband nadat zij zijn afgestudeerd? Gukasian, Kingma, Liem en Maria, Praktijkgericht onderzoek LOEP Studiejaar 4 / 2020-2021

1460 Ook na de opleiding is het belangrijk om met andere mondzorgverleners te blijven leren en werken.  
1461 Mogelijkheden op dit gebied zijn onder meer:

- 1462 • het organiseren van een periodiek gezamenlijk spreekuur met tandartsen en tandprotheticci  
1463 uit de buurt;
- 1464 • het deelnemen aan multidisciplinaire overleggen met andere mondzorgdisciplines (o.a.  
1465 kaakchirurgen, kno-artsen, tandartsen, gnathologen en gespecialiseerde fysiotherapeuten)  
1466 rond complexe casuïstiek;
- 1467 • het volgen van bij- en nascholing met andere mondzorgverleners over generieke  
1468 onderwerpen die voor alle disciplines relevant zijn, zoals: gerontologie, psychodiagnostiek,  
1469 het afnemen van een anamnese en opstellen van een behandelplan;
- 1470 • volgens het ‘Nieuwe Kwaliteitsdenken’<sup>52</sup> is intervisie op basis van bruikbare spiegelinformatie  
1471 een effectieve manier om *het leren en verbeteren* (de kern van het nieuwe kwaliteitsbeleid)  
1472 in de praktijk te brengen. Door samen met andere mondzorgverleners intervisiegesprekken  
1473 te voeren over de kwaliteit van de zorg, krijgt leren en verbeteren een extra dimensie. Zie  
1474 hoofdstuk 4 voor een uitgebreidere beschrijving van het kwaliteitsbeleid.

1475  
1476 Deze benadering past bij het verandertraject dat de voorgestelde beweging van de huidige naar de  
1477 gewenste situatie met zich meebrengt.

1478

## 1479 5.6 Ontwikkeling en vernieuwing van het vakgebied

1480 Met het oog op de beschikbare arbeidscapaciteit en het benutten van de mogelijkheden voor  
1481 taakherschikking kunnen tandprotheticci via verdere verdieping van het eigen vakgebied mogelijk nog  
1482 meer toegevoegde waarde voor hun patiënten bieden. Deze toegevoegde waarde van  
1483 tandprothetische zorg richt zich daarbij vooral op het herstel van ‘occlusie en articulatie’. De  
1484 tandprotheticus kan worden beschouwd als dé specialist voor het ontwerpen van passende  
1485 oplossingen op dit gebied. Deze deskundigheid kan door tandprotheticci op verschillende terreinen  
1486 worden toegepast, zowel binnen als buiten de mondzorg. Denk daarbij aan:

- 1487 • het helpen ontwerpen van kroon- en brugwerk in combinatie met tandprothetiek;
- 1488 • het inspelen op pathologie die van invloed is op de stand van kaken, kiezen en tanden  
1489 (bijvoorbeeld bij een maskergelaat als gevolg van Parkinson of een permanente scheve mond  
1490 na een beroerte);
- 1491 • de samenwerking met andere (para)medische disciplines, bijvoorbeeld in samenwerking met  
1492 de logopedist bij slikproblemen of een kaakfysiotherapeut bij bruxisme (knarsen en  
1493 klemmen).

1494

1495 Vanuit de toegevoegde waarde voor patiënten positioneert de tandprotheticus zich op die manier als  
1496 welkome samenwerkingspartner van andere (mond)zorgverleners. Door via verdieping van het eigen  
1497 vakgebied invulling te geven aan de vernieuwing van het vak, krijgt de doorontwikkeling van de  
1498 tandprothetiek verder vorm.

1499

## 1500 5.7 Digitalisering binnen de tandprothetiek

1501 Digitalisering is één van de dominante ontwikkelingen in de zorg. Op verschillende manieren doet  
1502 digitalisering zijn intrede in de zorg: bij het maken van afspraken, het voeren van consulten  
1503 (bijvoorbeeld beeldbellen), de uitvoering van behandelingen (denk aan operaties op afstand), de

---

<sup>52</sup> [Visie van de Kwaliteitsraad op kwaliteit van zorg: Samen leren en verbeteren | Publicatie | Zorginstituut Nederland](#)

1504 follow-up via thuismetingen, de uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners en het elektronisch  
1505 declareren bij zorgverzekeraars. Het is daarmee één van de mogelijke antwoorden op de eerder  
1506 genoemde personeelstekorten.

1507  
1508 Ook in de tandprothetiek wordt digitalisering op verschillende manieren toegepast. Door het scannen  
1509 van (delen van) de mond, afdrukken of gipsmodellen is het mogelijk om met behulp van  
1510 computersoftware het ontwerpen van kunstgebitten, steggen, frames en kroon- en brugwerk via de  
1511 computer uit te voeren. Door middel van frezen en 3d-printers zijn deze digitale ontwerpen  
1512 vervolgens om te zetten in tijdelijke of definitieve eindproducten.

1513  
1514 In eerste instantie is digitalisering binnen de tandprothetiek met name geïntroduceerd binnen  
1515 laboratoria, met als doel de productie te versnellen en het gebruik van schadelijke stoffen te  
1516 verminderen. Materialen zoals lichtuithardend lepelmetaal en schellak beetplaten, die handmatig  
1517 werden verwerkt en beslepen, zijn vervangen door digitale alternatieven, wat heeft geleid tot een  
1518 efficiënter productieproces en betere arbeidsomstandigheden. Hoewel niet alle praktijken over de  
1519 benodigde apparatuur beschikken, wordt steeds vaker hybride gewerkt. Bepaalde stappen, zoals  
1520 scannen en ontwerpen, vinden binnen de praktijk plaats, terwijl productie, zoals het frezen van  
1521 steggen of frames, wordt uitbesteed aan laboratoria. Ook wordt 3D-printtechnologie steeds vaker  
1522 ingezet, wat het productieproces verder optimaliseert en personeelsinspanningen verlaagt, omdat  
1523 deze printers ook 's nachts kunnen draaien.

1524  
1525 Een ander voordeel van digitalisering is de opbouw van een digitale database door mondscans. Deze  
1526 scans bieden zorgverleners waardevolle informatie die later opnieuw gebruikt kan worden. Zo kan  
1527 bijvoorbeeld een immediaat partiële prothese worden vervaardigd op basis van een eerdere scan van  
1528 de antagonist, waardoor de oorspronkelijke gebitssituatie behouden blijft en de zorg voor de patiënt  
1529 wordt verbeterd.

1530  
1531 De verwachting is dat de verdere introductie van digitalisering in de tandprothetiek een vlucht zal  
1532 nemen. De ervaring van de voorlopers leert dat het tijd en aandacht vraagt om digitalisering van de  
1533 werkzaamheden goed te integreren in de organisatie van de praktijk. Denk hierbij aan het aanpassen  
1534 van workflows, training en scholing van medewerkers en het organiseren van het beheer en  
1535 onderhoud van de apparatuur. Digitalisering is daarmee ook van invloed op de financiering en de  
1536 bekostiging van de tandprothetiek. Enerzijds zijn investeringen nodig om de benodigde apparatuur te  
1537 kunnen aanschaffen. Anderzijds kan digitalisering ook bijdragen aan de efficiency van werkprocessen.  
1538 Aan de hand van praktijkervaringen en inhoudelijke beschrijvingen van digitale workflows kunnen  
1539 benodigde investeringen en structurele kosten en mogelijke efficiency-opbrengsten inzichtelijk  
1540 worden gemaakt. Om de digitalisering binnen de tandprothetiek ook in financiële zin mogelijk te  
1541 faciliteren, introduceerde de NZa per 1 januari 2025 aanvullende prestatiecodes voor het digitaal  
1542 aanmeten en vervaardigen van een volledige gebitsprothese. Een belangrijke stap die verdere  
1543 integratie van digitalisering in de tandprothetische praktijk ondersteunt.

## 1544 1545 5.8 Faciliteren van gegevensuitwisseling via ICT

1546 Ter ondersteuning van de onderlinge samenwerking tussen mondzorgverleners is een goede  
1547 uitwisseling van geregistreerde gegevens essentieel. De registratie heeft zowel betrekking op het  
1548 vastleggen van de bevindingen uit diagnostisch onderzoek (o.a. tandheelkundige, prothetische en  
1549 psychosociale anamnese) als het bepalen van het zorgdoel en de (tandprothetische) behandeling. Al  
1550 deze zaken moeten per patiënt kunnen worden opgeslagen in één individueel mondzorgplan dat  
1551 wordt ondersteund door (een combinatie van) ICT-systemen, waardoor gegevens kunnen worden

1552 uitgewisseld. Ook moet het ICT systeem ondersteuning kunnen bieden bij digitalisering van de  
1553 tandprothetiek, monitoring op afstand en de integratie van andere e-health toepassingen. Het  
1554 formuleren van een goed doordacht en samenhangend informatiebeleid (inclusief een bijbehorend  
1555 programma van eisen voor de ICT-systemen) is één van de grootste uitdagingen om de  
1556 persoonsgerichte en samenhangende zorg te kunnen realiseren. Door hun krachten te bundelen  
1557 kunnen de beroepsorganisaties in de mondzorg hieraan een waardevolle bijdrage leveren ten  
1558 behoeve van de samenwerking tussen hun leden.  
1559

## 1560 5.9 Praktijkorganisatie en (regionale/landelijke) ondersteuning

1561 De beoogde ontwikkeling richting persoonsgerichte en samenhangende (mond)zorg brengt ook  
1562 veranderingen met zich mee voor de organisatie en logistiek in (tandprothetische) praktijken. Om  
1563 deze ontwikkeling te kunnen bewerkstelligen zijn verschillende aanpassingen nodig, zoals:

- 1564 • het maken van samenwerkingsafspraken met mondzorgpraktijken en zorgverleners uit  
1565 verschillende disciplines en domeinen zoals beschreven in paragraaf 3.1 en 3.2);
- 1566 • het aanpassen van de informatiesystemen, zodat de gegevens in samenhang kunnen worden  
1567 geregistreerd en uitgewisseld.
- 1568 • de inrichting en implementatie van gedigitaliseerde zorgprocessen;
- 1569 • het inrichten van oproepsystemen voor periodieke controles (recallbeleid) en nazorg;
- 1570 • het bevorderen van andere innovaties en nieuwe ontwikkelingen, waaronder de  
1571 implementatie van e-health toepassingen en groepsinstructies;
- 1572 • de (multidisciplinaire) training en scholing van tandprothetici, mondzorgverleners en  
1573 ondersteunend personeel (o.a. tandtechnici en KPT-ers);
- 1574 • het begeleiden en ondersteunen van praktijk eigenaren en praktijkmanagers bij de  
1575 implementatie van de veranderingen in de organisatie van tandprothetische en  
1576 mondzorgpraktijken;
- 1577 • het opzetten en begeleiden van het kwaliteitsbeleid;  
1578 o het verzamelen van spiegelinformatie;  
1579 o de introductie van vernieuwende indicatoren (zie paragraaf 4.5);  
1580 o het organiseren van intervisie/intercollegiale toetsing (ook multidisciplinair).
- 1581 • het maken van (financiële) afspraken met zorgverzekeraars en gemeenten.

1582  
1583 Voor deze en andere aanpassingen in de organisatie en logistiek van een (tandprothetische) praktijk is  
1584 implementatieondersteuning nodig die deels door praktijk eigenaren en/of praktijkmanagers kan  
1585 worden geboden. Aanvullende regionale en landelijke ondersteuning is noodzakelijk om de  
1586 verstreckende veranderingen voor elkaar te krijgen. Dit betekent dat zowel eenmalige als structurele  
1587 investeringen nodig zijn in de organisatie en infrastructuur op lokaal en regionaal niveau.  
1588

## 1589 5.10 Adequate bekostiging, vergoeding en transparantie

### 1590 Bekostiging

1591 De kosten van een uitneembare prothetische voorziening bestaan veelal uit een honorariumdeel en  
1592 een materiaal- en/of tandtechniekcomponent. Alleen bij honorariumcodes waarbij een \* vermeld  
1593 staat, mag een tandtechniekcomponent worden berekend. Voor de bekostiging van het  
1594 honorariumdeel gelden maximumtarieven die jaarlijks door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)  
1595 worden vastgesteld. Indien de mondzorgverlener in eigen beheer de tandtechniek vervaardigd, is  
1596 deze gehouden aan de tarieven uit de prestatie- en tariefbeschikking tandtechniek in eigen beheer

1597 die ook door de NZA worden vastgesteld. Bij het aanbieden van contracten kunnen door  
1598 zorgverzekeraars lagere tarieven worden aangeboden.

1599  
1600 De ONT pleit ervoor dat zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid de *'prestatiecode-opbouwsystematiek'*  
1601 hanteren die is gebaseerd op de onderscheiden stappen in de richtlijnen van de beroepsgroep voor  
1602 het vervaardigen van gebitsprothesen. In deze prestatiecode-opbouw systematiek zijn stappen  
1603 opgenomen, die gevolgd kunnen worden voor het maken van een gebitsprothese conform de  
1604 richtlijnen van de beroepsgroep. Voor de onderscheiden stappen wordt gebruik gemaakt van de Q-  
1605 codes die de NZa heeft opgenomen in de Prestatie- en tariefbeschikking tandtechniek in eigen  
1606 beheer, zonder daaraan tarieven te koppelen. Volgens deze systematiek worden kosten toebedeeld  
1607 aan de benodigde stappen voor het maken van een gebitsprothese conform de richtlijn. Het is aan de  
1608 zorgverzekeraar, indien deze systematiek wordt gebruikt, welke tarieven de zorgverzekeraar daaraan  
1609 koppelt. Deze prestatiecode-opbouwsystematiek wordt door steeds meer zorgverzekeraars gebruikt.  
1610 De ervaringen van de zorgverzekeraars die voor de prestatiecode-opbouw systematiek kiezen, wijzen  
1611 uit dat deze benadering zowel voor zorgverzekeraars, verzekerden als zorgverleners meer  
1612 duidelijkheid en transparantie biedt.

1613  
1614 Vergoeding van tandprothetische zorg

1615 De kosten voor een volledige gebitsprothese vallen voor een groot deel onder de basisverzekerde  
1616 zorg. Naast het (verplichte) eigen risico is op de conventionele volledige gebitsprothese een eigen  
1617 bijdrage van 25 procent van toepassing. Een reparatie van een kunstgebit wordt voor 90% vergoed  
1618 vanuit de basisverzekering en onder het eigen risico. Voor een volledige prothese op implantaten  
1619 geldt een eigen bijdrage van 10 procent van de kosten van een gebitsprothese voor de onderkaak en  
1620 8 procent van de kosten van een gebitsprothese voor de bovenkaak. Een gedeeltelijke prothese,  
1621 zowel een plaatje als een frame, wordt niet vanuit de basisverzekering vergoed. Wel is het mogelijk  
1622 om vanuit aanvullende verzekeringen een vergoeding te krijgen. Een reparatie aan een gedeeltelijke  
1623 prothese wordt niet vergoed door de basisverzekering. De hoogte van de vergoeding verschilt per  
1624 verzekeraar en per polis. Voor bepaalde behandelingen is een machtiging een vereiste om een  
1625 vergoeding te kunnen krijgen van de zorgverzekeraar.

1626  
1627 Offerteplicht en informatievoorziening

1628 Volgens de regelgeving van de NZa zijn mondzorgverleners verplicht om bij behandelingen die meer  
1629 dan € 250,- kosten, de patiënt voorafgaand aan de behandeling een offerte te verstrekken. Voor  
1630 behandelingen tussen € 250,- en € 500,- mag een prijsopgave mondeling worden verstrekt. Voor  
1631 behandelingen vanaf € 500,- geldt vanaf 1 januari 2025 de verplichting patiënten een *schriftelijke* (of  
1632 digitale) prijsopgave te verstrekken. Er worden door de NZa verschillende voorwaarden gesteld aan  
1633 de prijsopgave. Zo moet het totaalbedrag van de prijsopgave worden vastgelegd in de administratie  
1634 met de bevestiging dat de patiënt akkoord is gegaan met de prijsopgave.

1635  
1636 **5.11 Overige organisatorische aspecten**

1637 Naast de hiervoor beschreven randvoorwaarden voor de verdere ontwikkeling van de  
1638 tandprothetische zorg en mondzorg blijft ook een aantal andere zaken van belang om de kwaliteit,  
1639 toegankelijkheid en betaalbaarheid van deze zorg te kunnen waarborgen. Deze paragraaf zet een  
1640 aantal van deze organisatorische aspecten op een rij, zoals: continuïteit van zorg, praktijkvoering &  
1641 werkprocessen, patiëntveiligheid, communicatie & informatievoorziening, service & dienstverlening  
1642 en klachtenafhandeling.

1643 Continuïteit van zorg  
1644 Voor elke patiënt in Nederland is goede, betaalbare en toegankelijke (tandprothetische) zorg  
1645 beschikbaar voor verkrijgen van de benodigde mondzorg. Een basisvoorwaarde is dat patiënten  
1646 toegang hebben tot een goed en samenhangend netwerk van mondzorgverleners, waarvan ook  
1647 tandprotheticici deel uitmaken. Patiënten kunnen daartoe terecht bij de  
1648 tandprotheticus/mondzorgverlener die zij wensen en daarnaast is het duidelijk hoe ze kunnen  
1649 overstappen naar een andere mondzorgverlener/tandprotheticus.  
1650  
1651 **Praktijkvoering & Werkprocessen**  
1652 De tandprotheticus/mondzorgverlener organiseert zijn eigen werk effectief en doelmatig, maakt  
1653 gebruik van relevante richtlijnen, veldnormen en protocollen en houdt zich aan gemaakte afspraken  
1654 met andere zorgprofessionals en zorgverzekeraars. Daarbij houdt de  
1655 tandprotheticus/mondzorgverlener rekening met de wet- en regelgeving, de geldende  
1656 beroepsethiek<sup>53</sup>, behoeften van de patiënt, wensen van koepelorganisaties en de eisen van  
1657 zorgverzekeraars. De tandprotheticus draagt zorg voor beschikbaarheid, beheer en kwaliteitscontrole  
1658 van benodigde faciliteiten en middelen. De bedrijfsvoering omvat een systematische patiënten- en  
1659 financiële administratie en processen ter controle en verbetering van de organisatie.  
1660  
1661 **Patiëntveiligheid**  
1662 De mondzorgverleners die bij de behandeling zijn betrokken, zijn goed op de hoogte van elkaars  
1663 activiteiten: behandeling, voorgeschreven medicatie, planning en behandelplan. De tandprotheticus  
1664 vraagt actief naar (veranderingen in) het medicatiegebruik van de patiënt voor zover dit relevant is  
1665 voor de veiligheid van de mondzorg. De wachtruimten, de behandelkamers en de praktijkvoering zijn  
1666 hygiënisch en schoon. In geval van spoed kunnen patiënten binnen 1 uur bij een praktijk terecht;  
1667 voor pijnklachten geldt een tijdsbestek van 24 uur.  
1668  
1669 **Communicatie & Informatievoorziening**  
1670 De tandprotheticus organiseert de interne en externe communicatie op een toegankelijke en  
1671 efficiënte wijze. Dit doet hij ten behoeve van de samenwerking binnen de eigen organisatie én de  
1672 informatievoorziening richting externe professionals en patiënten. De patiënt ontvangt schriftelijk (of  
1673 digitaal) informatie over behandelingen. Op de website van de praktijk wordt duidelijk aangegeven:  
1674 • wat de openingstijden zijn;  
1675 • hoe de telefonische bereikbaarheid is geregeld;  
1676 • welke mondzorgverleners werkzaam zijn in de praktijk en wat hun functie is.  
1677  
1678 **Service & Dienstverlening**  
1679 De mondzorgverlener zorgt ervoor dat patiënten worden behandeld in een prettige omgeving. De  
1680 behandelstoel en -ruimte zijn schoon en comfortabel. De wachtruimte stelt patiënten op hun gemak  
1681 en is afgestemd op de behoefte van de patiënten(populatie): prikkelarm, voldoende lectuur in de  
1682 wachtkamer en daarbij rekening houdend met de wensen van de patiënten(populatie). De praktijk is  
1683 telefonisch, digitaal en fysiek goed te bereiken (openbaar vervoer, auto, fiets of lopend) en  
1684 bovendien rolstoeltoegankelijk. Het is de patiënt duidelijk waar hij eventuele klachten kan indienen  
1685 en hoe de afhandeling hiervan verloopt.  
1686

---

<sup>53</sup> Codex van beroepsethiek voor tandprotheticici, ONT 2015  
[http://www.ont.nl/upload/docs/Codex\\_van\\_beroepsethiek\\_03-11-2017.pdf](http://www.ont.nl/upload/docs/Codex_van_beroepsethiek_03-11-2017.pdf)

1687 Klachtenafhandeling

1688 Een tandprotheticus heeft een transparante en toegankelijke klachtenprocedure, die zo nodig is  
1689 afgestemd met andere zorgprofessionals in een samenwerkingsverband. Bij niet-volledige  
1690 gebitsprothesen is de eindverantwoordelijke tandarts/implantoloog of MKA-chirurg het formele  
1691 aanspreekpunt voor klachten. Een tandprotheticus blijft verantwoordelijk voor zijn eigen aandeel in  
1692 het behandeltraject. Dit betekent dat hij moet beschikken over een onafhankelijke  
1693 klachtenfunctionaris en zich moet aansluiten bij een geschilleninstantie<sup>54</sup>.

1694  
1695 Bij een klacht van een patiënt probeert de mondzorgverlener in eerste instantie het gesprek aan te  
1696 gaan met de patiënt om gezamenlijk tot een oplossing te komen. Hierbij kan alsnog duidelijkheid  
1697 worden gegeven over de behandeling en de keuzes die hieraan ten grondslag liggen. Wanneer de  
1698 patiënt niet tevreden is over de afhandeling van een klacht door de betreffende tandprotheticus, kan  
1699 hij gebruik maken van de klachtenregeling voor bemiddeling. Mocht de klachtenbemiddeling niet  
1700 succesvol verlopen dan kan een patiënt zich wenden tot Stichting Geschilleninstantie Mondzorg  
1701 (SGIM) waarbij de leden van de ONT ook zijn aangesloten.  
1702

---

<sup>54</sup> Via de ONT is voor aangesloten leden een onafhankelijke klachten- en bemiddelingsregeling in het leven geroepen op grond waarvan patiënten zich kunnen melden met hun klachten. Volgens deze regeling neemt een onafhankelijke klachtenfunctionaris de klachten in behandeling. Leden van de ONT zijn vanwege hun lidmaatschap automatisch aangesloten bij de Stichting Geschilleninstantie Mondzorg (SGIM)



## 1703 **6. Slotsom**

1704 Het is tijd voor Passende Tandprothetische Zorg, die aandacht besteedt aan de specifieke zorgvraag  
1705 van een patiënt en dat doet in het perspectief van diens persoonlijke situatie, drijfveren,  
1706 mogelijkheden, behoeften en voorkeuren. Volgens deze herziene versie van de Zorgstandaard  
1707 Tandprothetische Zorg vormen het persoonsgerichte karakter van de (tandprothetische) zorg en de  
1708 multidisciplinaire samenwerking tussen de betrokken (mond)zorgverleners de pijlers van passende  
1709 tandprothetische zorg.

1710  
1711 Op geleide van de zorgvraag wordt bepaald welke (mond)zorgverlener(s) een bijdrage kunnen leveren  
1712 aan het beantwoorden van de zorgvraag. De betreffende zorgverlener(s) vervullen op basis van hun  
1713 competenties een rol in het zorgproces. Hierbij is sprake van korte lijnen en een warme overdracht  
1714 van de patiënt. Het draait daarbij om het vertrouwen van zorgverleners dat de desbetreffende  
1715 collega's uit het mondzorgteam de best passende zorg zullen leveren. Door deze benadering ervaren  
1716 zorgverleners meer professionele autonomie, onderlinge samenhang en kunnen zij meer persoonlijke  
1717 aandacht besteden aan de patiënt. Dit leidt naar verwachting tot positieve effecten op de  
1718 'quadruple aim' doelstellingen:

- 1719 • ervaren gezondheid;
- 1720 • kwaliteit van zorg;
- 1721 • zorgkosten;
- 1722 • en werkplezier.

1723  
1724 Deze herziene versie van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg beschrijft wat er nodig is om dit  
1725 toekomstbeeld te bewerkstelligen.  
1726

1727 **Bijlage I: Samenstelling werkgroep Zorgstandaard 'Tandprothetische**  
1728 **zorg'**

1729

Priscilla Broekhuis	Tandprotheticus
Caitlin Dekkers	Beleidsmedewerker ONT
Arjan van den Dorpel	Tandarts, KNMT
Mandy Heikamp	Beleidsadviseur KNMT
Lucas Hoogstraten	Tandprotheticus, ONT Academy
Marja Marskamp	Tandprotheticus, ONT Academy
Candace Sondaar	Mondhygiëniste, NVM-mondhygiënisten
Rob van Straten	Tandprotheticus, bestuurslid ONT
Frederik Vogelzang	Directeur ONT
Ronald Waars	Tandprotheticus

1730

1731

## 1732 **Bijlage II: Verschillende behandelopties tandprothetische zorg**

### 1733 **Conventionele prothese**

1734 Een conventionele prothese is een uitneembaar kunstgebit dat ontbrekende tanden en omliggende  
1735 weefsels vervangt.

1736 Bij volledig tandeloze patiënten kan de tandprotheticus het gehele behandeltraject zelfstandig  
1737 uitvoeren, inclusief intake, anamnese, behandeling en het traject van nazorg. In de situatie van een  
1738 volledige prothese tegenover gehele of gedeeltelijke eigen dentitie, zal de tandprotheticus met de  
1739 patiënt overleggen of het wenselijk is eerst een tandarts te bezoeken. Als het nodig is, wordt de  
1740 patiënt eerst terugverwezen voor een consult bij de tandarts. Deze beoordeelt dan de restdentitie.

1741 De te volgen route bij een conventionele prothese:

1742 1. Eerste consult:

- 1743 • Zorgvraag wordt besproken bij de tandprotheticus of tandarts.
- 1744 • De behandelaar noteert NAW-gegevens en neemt een normale anamnese af.
- 1745 • Er wordt beoordeeld of een conventionele prothese mogelijk is of dat een implantaat-  
1746 gedragen prothese nodig is.
- 1747 • Beoordeling is gebaseerd op zorgvraag en op de bevindingen van het intra-oraal  
1748 mondonderzoek.

1749 2. Opstellen zorg- en behandelplan:

- 1750 • Het behandelplan wordt opgesteld, waarin de stappen en procedures worden  
1751 beschreven.

1752 3. Prothetische fase:

- 1753 • De conventionele prothese wordt vervaardigd en moet voldoen aan de technische  
1754 eindtermen:
  - 1755 ○ best mogelijke retentie;
  - 1756 ○ centrale relatie = maximale occlusie;
  - 1757 ○ bilateraal gebalanceerde occlusie en articulatie;
  - 1758 ○ goede pasvorm;
  - 1759 ○ correcte afwerking en lengte van de protheseranden;
  - 1760 ○ de positie van het bovenfront is correct t.o.v. de processus alveolaris en de  
1761 bovenlip;
  - 1762 ○ de positie van het onderfront is correct t.o.v. de processus alveolaris en de  
1763 onderlip;
  - 1764 ○ juiste beethoogte;
  - 1765 ○ kleur, vorm en opstelling van de gebitselementen worden in overleg met de  
1766 patiënt gekozen.

1767 4. Prothetische periode van nazorg:

- 1768 • Na plaatsing van de prothese biedt de tandprotheticus nazorg:
  - 1769 ○ Begeleiding en instructies voor prothesehygiëne.
  - 1770 ○ Ontlasten van drukpunten en correcties inslijpen van occlusie en articulatie en  
1771 correcties van protheseranden.
  - 1772 ○ Nacontrole uiterlijk na één maand om tevredenheid van de patiënt te  
1773 beoordelen.

- 1774 5. Opname in recall  
1775 • Afspraken worden gemaakt voor jaarlijkse controles.

1776

1777 **Partiële prothese**

1778 Een partiële prothese vervangt slechts een deel van het gebit. In tegenstelling tot een volledige  
1779 prothese, die alle tanden in een kaak vervangt, wordt een partiële prothese gebruikt wanneer er nog  
1780 eigen tanden aanwezig zijn. Een partiële prothese vult de open ruimtes op en helpt om de bestaande  
1781 tanden op hun plaats te houden.

1782 Een tandprotheticus kan een partiële prothese uitsluitend vervaardigen na verwijzing door een  
1783 tandarts. Als de patiënt de eerste zorgvraag stelt aan de tandprotheticus, zal deze de patiënt, ter  
1784 beoordeling van de dentitie, verwijzen naar de eigen tandarts van de patiënt of een tandarts met wie  
1785 de tandprotheticus samenwerkt. Tevens wordt de vraag gesteld of een partiële prothese geïndiceerd  
1786 is.

1787 De te volgen route bij een partiële prothese:

- 1788 1. Eerste consult:
- 1789 • Zorgvraag wordt besproken bij de tandprotheticus of tandarts.
- 1790 • De behandelaar noteert NAW-gegevens en neemt een normale anamnese af.
- 1791 • Er wordt beoordeeld of een conventionele prothese mogelijk is of dat een implantaat-  
1792 gedragen prothese nodig is.
- 1793 • Beoordeling is gebaseerd op zorgvraag en op de bevindingen van het intra-oraal  
1794 mondonderzoek. naar aanleiding van zorgvraag bij tandprotheticus of tandarts;
- 1795 • Als de patiënt de eerste zorgvraag stelt aan de tandprotheticus, zal deze de patiënt, ter  
1796 beoordeling van de dentitie, verwijzen naar de eigen tandarts van de patiënt of naar een  
1797 tandarts met wie de tandprotheticus samenwerkt. Tevens wordt de vraag gesteld of een  
1798 partiële prothese geïndiceerd is.
- 1799 Als de patiënt de zorgvraag stelt aan de tandarts, kan deze de patiënt zelf behandelen of  
1800 verwijzen naar een tandprotheticus voor de prothetische behandeling.
- 1801 2. Opstellen zorg - & behandelplan:
- 1802 • Het behandelplan wordt opgesteld, waarin de stappen en procedures worden  
1803 beschreven.
- 1804 3. Prothetische fase:
- 1805 • De partiële prothese wordt vervaardigd en correct afgewerkt.
- 1806 4. Prothetische periode van nazorg:
- 1807 • Na plaatsing van de prothese biedt de tandprotheticus nazorg:
- 1808 ○ Begeleiding en instructies voor prothesehygiëne.
- 1809 ○ Ontlasten van drukpunten en correcties inslijpen van occlusie en articulatie en  
1810 correcties van protheseranden.
- 1811 ○ Nacontrole uiterlijk na één maand om tevredenheid van de patiënt te  
1812 beoordelen.
- 1813 5. Opname in recall.
- 1814 • Afspraken worden gemaakt voor jaarlijkse controles.

1815

1816 **Immediaatprothese**

1817 Een immediaatprothese is een tijdelijk kunstgebit dat direct na het trekken van tanden wordt  
1818 geplaatst. Hierdoor hoeft de patiënt niet zonder tanden rond te lopen tijdens de periode van  
1819 genezing na de extracties.

1820 De tandprotheticus kan een immediaatprothese uitsluitend vervaardigen na verwijzing door een  
1821 tandarts of MKA - chirurg. Als de patiënt de eerste zorgvraag stelt aan de tandprotheticus, zal deze  
1822 de patiënt, ter beoordeling van de dentitie, verwijzen naar de eigen tandarts van de tandarts of een  
1823 tandarts met wie de tandprotheticus samenwerkt. Tevens wordt de vraag gesteld of een  
1824 immediaatprothese geïndiceerd is. Als de eerste zorgvraag aan de tandarts wordt gesteld, kan deze  
1825 de patiënt zelf behandelen of verwijzen naar een tandprotheticus voor de prothetische behandeling.  
1826 Als de eerste zorgvraag wordt gesteld bij de MKA - chirurg, kan deze de patiënt verwijzen naar een  
1827 tandprotheticus of een tandarts voor de prothetische behandeling

1828 De te volgen route bij een immediaatprothese:

1829 1. Eerste consult:

- 1830 • Zorgvraag wordt besproken bij de tandprotheticus of tandarts.  
1831 • De behandelaar noteert NAW-gegevens en neemt een normale anamnese af.  
1832 • Beoordeling is gebaseerd op zorgvraag en op de bevindingen van het intra-oraal  
1833 mondonderzoek.

1834 2. Opstellen zorg - & behandelplan:

- 1835 • Het behandelplan wordt opgesteld, waarin de stappen en procedures worden  
1836 beschreven.

1837 3. Prothetische fase:

- 1838 • De immediaatprothese vervaardigd. Dit gebeurt vóór het trekken van de tanden, zodat de  
1839 prothese direct na de extracties kan worden geplaatst.

1840 4. Prothetische periode van nazorg:

- 1841 • Direct na de extracties door de tandarts of MKA - chirurg wordt de prothese geplaatst en  
1842 verleent de tandprotheticus de noodzakelijke nazorg:  
1843 ○ Begeleiding en instructies voor prothesehygiëne.  
1844 ○ Ontlasten van drukpunten en correcties inslijpen van occlusie en articulatie en  
1845 correcties van protheseranden.

1846 5. Begeleiding van patiënt in de revalidatieperiode:

- 1847 • De immediaat geplaatste prothese wordt tijdig voorzien van bijvoorbeeld een tissue  
1848 conditioning en later door een rebasing.

1849 6. Opname in recall:

- 1850 • Afspraken worden gemaakt voor jaarlijkse controles.  
1851

1852 **Implantaatgedragen- en overkappingsprothese**

1853 Een overkappingsprothese is een gebitsprothese die rust op implantaten die in de kaak zijn geplaatst  
1854 en op het tandvlees.

1855 Na een zorgvraag van de patiënt voor een nieuwe volledige prothese zal de tandprotheticus vanuit

1856 zijn professionaliteit beoordelen of een conventionele prothese kan worden gemaakt of dat vanwege  
1857 de te verwachten retentieproblemen een implantaatgedragen prothese is geïndiceerd.  
1858 De tandprotheticus verwijst de patiënt naar een tandarts of tandarts/implantoloog. De  
1859 tandarts/implantoloog doet de indicatiestelling: zijn implantaten geïndiceerd in deze patiënt -  
1860 specifieke situatie en omstandigheden? Nadat een zorg - en behandelplan is opgesteld, zal de  
1861 tandarts/implantoloog de implantaten plaatsen na machtiging door de zorgverzekeraar. Na genezing  
1862 en controle zal hij de patient naar de tandprotheticus terugverwijzen voor de vervaardiging van de  
1863 mesostructuur en de overkappingsprothese. De tandprotheticus voert de directe prothetische nazorg  
1864 uit na plaatsing van de overkappingsprothese. De patiënt wordt opgenomen in een recall protocol.

1865 De te volgen route bij overkappingsprothese in de onderkaak:

1866 1. Eerste consult:

- 1867 • Zorgvraag wordt besproken bij de tandprotheticus of tandarts.
- 1868 • De behandelaar noteert NAW-gegevens en neemt een normale anamnese af.
- 1869 • Er wordt beoordeeld of een conventionele prothese kan worden vervaardigd of dat er dat  
1870 er vanwege de te verwachten retentieproblemen een implantaatgedragen prothese  
1871 geïndiceerd is.
- 1872 • Beoordeling is gebaseerd op zorgvraag en op de bevindingen van het intra-oraal  
1873 mondonderzoek.
- 1874 • Als er een prothetische indicatie is voor een implantaatgedragen prothese, zal de  
1875 tandprotheticus een initieel onderzoek implantologie uitvoeren en volgt een schriftelijke  
1876 verwijzing naar de tandarts/implantoloog met wie een samenwerkingsrelatie bestaat. De  
1877 verwijzing bevat de bevindingen uit het Initieel onderzoek Implantologie (punt 2),  
1878 alsmede een behandelvoorstel en een advies ten aanzien van de gewenste  
1879 mesostructuur.

1880 2. Initieel onderzoek implantologie en verwijzing naar tandarts/implantoloog of MKA - chirurg:

- 1881 • Uitgevoerd door de tandprotheticus of tandarts/implantoloog samen met de  
1882 tandprotheticus. Het initieel onderzoek (code J01) kan maar één keer worden  
1883 gedeclareerd, hetzij door de tandarts/implantoloog, hetzij door de tandprotheticus.
- 1884 • Het initieel onderzoek bevat de volgende onderdelen:
  - 1885 ○ inventariseren van de klacht(en);
  - 1886 ○ afnemen van een tandheerkundige, prothetische en psychosociale anamnese  
1887 (lees: het verzamelen van gegevens over de tijdsduur van de tandenloosheid, de  
1888 oorzaak van het verlies van de gebitselementen, het aantal gedragen protheses  
1889 met chronologische data, het beoordelen van de mondhygiënische status,  
1890 alsmede het rapporteren van relevante psychosociale omstandigheden);
  - 1891 ○ onderzoeken van de intra - en extra - orale condities;
  - 1892 ○ onderzoeken van het functioneren van de bestaande prothese;
  - 1893 ○ schriftelijk vastleggen van de bevindingen;
  - 1894 ○ (indien van toepassing) nemen van een afdruk ten behoeve van de vervaardiging  
1895 van een
  - 1896 ○ röntgendiagnose - kunstharsplaat en/of studiemodellen.

- 1897
- 1898
- 1899
- 1900
- 1901
- 1902
- 1903
- 1904
- 1905
- 1906
- 1907
- 1908
- 1909
- 1910
- 1911
- 1912
- 1913
- 1914
- 1915
- 1916
- 1917
- 1918
- 1919
- 1920
- 1921
- 1922
- 1923
- 1924
- 1925
- 1926
- 1927
- 1928
- 1929
- 1930
- 1931
- 1932
- 1933
- 1934
- 1935
- 1936
- 1937
- 1938
- 1939
- 1940
- In het tarief voor het initieel onderzoek is inbegrepen: verstrekken van algemene informatie aan de patiënt en eventueel verstrekken van de informatiefolder, bespreken van de bevindingen en verwijzen naar een tandarts/implantoloog.
3. Consult tandarts - implantoloog of MKA - chirurg in combinatie met verlengd onderzoek en aanvraag van de chirurgische fase;
- Nadat de tandprotheticus de prothetische indicatie voor implantologie heeft gesteld, volgt een verwijzing naar de tandarts - implantoloog ter beoordeling van de indicatie implantologie.
  - De tandarts/implantoloog zal aan de hand van de verwijzing en de zorgvraag van de patiënt een verlengd onderzoek uitvoeren.
  - Een verlengd onderzoek bestaat uit: uitgebreid diagnostisch onderzoek ten behoeve van implantologie, verricht door de tandarts - implantoloog aan de hand van het initieel onderzoek. Het verlengd onderzoek kan maar één keer worden gedeclareerd, door de tandarts - implantoloog (code J02).
  - Onder het verlengd onderzoek ten behoeve van implantologie wordt verstaan: specifiek vervolgonderzoek, inclusief opstellen en bespreken zorg - & behandelplan, inclusief aanvragen voorzieningen en overleg/rapportage verwijzende zorgaanbieder (NZa). Meer specifiek:
    - afnemen van de medische anamnese;
    - nemen van de benodigde röntgenfoto's (honorarium apart te berekenen);
    - bepalen van de indicatie;
    - zo nodig nemen van een afdruk ten behoeve van een studiemodel;
    - schriftelijk vastleggen van de bevindingen;
    - interpreteren van de bevindingen;
    - opstellen en bespreken van een zorg - & behandelplan;
    - aanvragen van de behandeling.
  - Voordat de behandeling kan beginnen, wordt de patiënt voorgelicht over het zorg - en behandelplan. Tijdens het gesprek komen aan de orde: de kosten de aan de hand van een begroting, de duur en prognose van de behandeling, maar ook de plichten van de patiënt. De patiënt dient zich ervan bewust te zijn dat een goede mondhygiëne van belang is en dat een jaarlijkse controle van de implantaten, suprastructuur en prothetische voorziening daarvan onderdeel is. De patiënt moet hiervoor dan ook schriftelijk informed consent geven.
4. Chirurgische fase:
- Nadat door de verzekeraar toestemming is verleend en een machtiging is afgegeven voor het chirurgische gedeelte van de behandeling, voert de tandarts - implantoloog de aangevraagde behandeling uit. De behandeling omvat:
    - het plaatsen van de implantaten;
    - het aanbrengen van healing collars
    - het aanpassen van de prothese door middel van een relining. De relining kan ook worden uitgevoerd door de tandprotheticus, maar is als zodanig niet apart in rekening te brengen.
5. Na periode van genezing en inheling van het implantaat volgt een eindcontrole door implantoloog en terug - verwijzing voor prothetische fase:

- 1941
- 1942
- 1943
- 1944
- 1945
- 1946
- 1947
- 1948
- 1949
- 1950
- 1951
- 1952
- 1953
- 1954
- 1955
- 1956
- 1957
- 1958
- 1959
- 1960
- 1961
- 1962
- 1963
- 1964
- 1965
- 1966
- 1967
- 1968
- 1969
- 1970
- 1971
- 1972
- 1973
- 1974
- 1975
- 1976
- 1977
- 1978
- 1979
- 1980
- 1981
- 1982
- 1983
- Na de geëigende periode van osseointegratie voert de tandarts/implantoloog een controle uit ter bepaling van de stabiliteit van de implantaten.
  - Na de eindcontrole van de chirurgische behandeling verwijst de behandelaar de patiënt schriftelijk terug naar de tandprotheticus. De verwijzing is minimaal voorzien van het merk en type van het implantaat, een kort operatieverslag en een advies voor de te kiezen mesostructuur.
6. Aanvraagprocedure prothetische fase door uitvoerende behandelaar:
- Na ontvangst van de verwijzing na de implantologische fase doet de tandprotheticus bij de zorgverzekeraar de aanvraag tot machtiging voor de mesostructuur en de overkappingsprothese. In de aanvraag wordt vermeld wie voor de behandeling eindverantwoordelijk is. Als de zorgverzekeraar het wenst, wordt de verwijzing bijgevoegd bij de aanvraag.
7. Prothetische fase:
- Na ontvangst van de machtiging kan de tandprotheticus de mesostructuur en de bijbehorende overkappingsprothese vervaardigen. Ook zorgt hij voor de prothetische nazorg.
  - De overkappingsprothese op implantaten voldoet in ieder geval aan de ‘technische eindtermen’:
    - de prothese dient een goede retentie te hebben op de mesostructuur;
    - het occlusie - en articulatieconcept dient zodanig te zijn gekozen, dat ongewenste overbelasting van de implantaten en/of de mesostructuur in elk geval wordt voorkomen;
    - centrale relatie = maximale occlusie;
    - bilateraal gebalanceerde occlusie en articulatie;
    - goede pasvorm;
    - correcte afwerking en lengte van de protheseranden;
    - de positie van het bovenfront is correct t.o.v. de processus alveolaris en de bovenlip;
    - de positie van het onderfront is correct t.o.v. de processus alveolaris en de onderlip;
    - juiste beethoogte;
    - kleur, vorm en opstelling van de gebitselementen worden in overleg met de patiënt gekozen;
    - de mesostructuur ligt spanningsvrij op de implantaten en is aangedraaid met aanbevolen newton meters;
    - de lotnummers zijn genoteerd voor het herleiden ervan bij eventuele problemen (denk hierbij aan een afgebroken schroef);
    - biocompatibele materiaal soort legering.
8. Prothetische nazorg:
- Na plaatsing van de prothese biedt de tandprotheticus nazorg:
    - Begeleiding en instructies voor prothesehygiëne.
    - Ontlasten van drukpunten en correcties inslijpen van occlusie en articulatie, (dé)activeren van retentieve elementen en correcties van protheseranden.



- 1984                   ○ Nacontrole uiterlijk na één maand om tevredenheid van de patiënt te  
1985                   beoordelen.
- 1986                   ○ Na de nacontrole bericht de tandprotheticus schriftelijk aan de  
1987                   tandarts/implantoloog, dat de prothese is geplaatst (met vermelding van de  
1988                   plaatsingsdatum).
- 1989                   ○ De tandarts/implantoloog neemt de patiënt op in een nazorgtraject. De  
1990                   tandarts/implantoloog controleert nogmaals de implantaten.
- 1991           9. Opname in recall - programma:  
1992           Suprastructuur en prothetische voorziening dienen minimaal één keer per twee jaar te  
1993           worden gecontroleerd door de tandprotheticus.

1994

1995   **Rebasing**

1996   Tijdens de jaarlijkse controle bij de tandprotheticus of de tandarts/implantoloog kan worden  
1997   geconstateerd dat de prothetische voorziening niet voldoende retentie meer heeft of dat de pasvorm  
1998   van de prothese niet meer optimaal is door voortschrijdende resorptie. Het kan ook gebeuren dat de  
1999   patiënt zich zelf met klachten meldt bij een van de behandelaren.

2000   Als de tandarts/implantoloog constateert dat een rebasing geïndiceerd is, zal hij de patiënt schriftelijk  
2001   naar de tandprotheticus verwijzen met de vraag of deze hiermee akkoord gaat en de voorgestelde  
2002   behandeling wil uitvoeren.

2003   Als de tandprotheticus constateert dat een rebasing geïndiceerd is, wordt de patiënt verwezen naar  
2004   de tandarts/implantoloog ter controle van de implantaten. De tandarts/implantoloog verwijst de  
2005   patiënt daarna schriftelijk terug voor de geïndiceerde behandeling.

2006   De te volgen route bij rebasing:

- 2007   1. Consult naar aanleiding van zorgvraag patiënt
- 2008   2. Verwijzing naar aanleiding zorgvraag naar tandarts/implantoloog
- 2009   • Indien de tandprotheticus constateert dat de mesostructuur vervangen moet worden,  
2010   wordt dit specifiek beschreven en gemotiveerd in de verwijzing naar de  
2011   tandarts/implantoloog.
- 2012   3. Consult tandarts/implantoloog en terug - verwijzing naar tandprotheticus
- 2013   • Als de patiënt jaarlijks op controle komt kan de tandarts/implantoloog de zorgvraag die  
2014   volgt uit de verwijzing overnemen in het patiëntendossier en terugkoppelen aan de  
2015   tandprotheticus.
- 2016   • De tandarts/implantoloog vraagt dan aan de tandprotheticus of hij akkoord is met de  
2017   voorgestelde behandeling en of deze kan worden uitgevoerd.
- 2018   • Als de patiënt niet jaarlijks op controle is geweest, zal de tandarts/implantoloog eerst de  
2019   patiënt zelf moeten consulteren alvorens hij de terugkoppeling aan de tandprotheticus  
2020   geeft over de voorgestelde behandeling
- 2021   4. Aanvraagprocedure door uitvoerende behandelaar
- 2022   5. Uitvoeren van voorgestelde behandeling door tandprotheticus
- 2023   6. Verslaglegging aan tandarts/implantoloog

2024

2025 **Vervangende prothese**

2026 Tijdens de jaarlijkse controle bij de tandprotheticus of de tandarts/implantoloog kan worden  
2027 geconstateerd dat de prothetische voorziening niet meer voldoet aan de criteria die mogelijkwijs  
2028 gelden voor de prothetische voorziening. Het is ook mogelijk dat de patiënt zich tot een van de  
2029 zorgverleners heeft gewend met klachten over de implantaatgedragen voorziening.

2030 Als de tandarts/implantoloog constateert dat een vervangende prothese is geïndiceerd, zal hij de  
2031 patiënt schriftelijk verwijzen naar de tandprotheticus met de vraag of deze hiermee akkoord gaat en  
2032 de voorgestelde behandeling wil uitvoeren.

2033 Als de tandprotheticus constateert dat een vervangende prothese is geïndiceerd, wordt de patiënt  
2034 verwezen naar de tandarts/implantoloog ter controle van de implantaten en/of de dentitie. De  
2035 tandarts/implantoloog verwijst de patiënt daarna schriftelijk terug voor de geïndiceerde behandeling.

2036 Te volgen route bij vervangende prothese:

- 2037 1. Consult naar aanleiding van zorgvraag patiënt
- 2038 2. Verwijzing naar aanleiding zorgvraag naar tandarts/implantoloog
- 2039 • Indien de tandprotheticus constateert dat de mesostructuur vervangen moet worden,  
2040 wordt dit specifiek beschreven en gemotiveerd in de verwijzing naar de  
2041 tandarts/implantoloog.
- 2042 3. Consult tandarts/implantoloog en terug - verwijzing naar tandprotheticus
- 2043 4. Aanvraagprocedure door uitvoerende behandelaar
- 2044 5. Uitvoeren van voorgestelde behandeling door tandprotheticus
- 2045 6. Nacontrole
- 2046 7. Verslaglegging aan tandarts/implantoloog
- 2047 8. Opnieuw opnemen in recall programma

2048

2049

2050 **Bijlage III: Verklarende woorden- en begrippenlijst**

2051

2052 De volledige uitwerking van de verklarende woorden- en begrippenlijst volgt in de definitieve versie  
2053 van de zorgstandaard.

## 2054 **Bijlage IV: Implementatie en onderhoud van de Zorgstandaard**

### 2055 **Tandprothetische Zorg**

2056 Na het verschijnen van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg zal een implementatie- en  
2057 onderhoudsplan worden opgesteld om de Zorgstandaard van papier in de praktijk te brengen en het  
2058 document actueel te houden. Hierbij kan worden gedacht aan het ontwikkelen en toevoegen van  
2059 aanvullende zorgmodules gericht op specifieke doelgroepen, zoals bijvoorbeeld (niet limitatief):

- 2060 • thuiswonende ouderen;
- 2061 • mensen in verpleeghuizen;
- 2062 • mensen in financieel kwetsbare posities;
- 2063 • mensen met GGZ-problematiek, waaronder dementie;
- 2064 • patiënten die een behandeling (hebben) ondergaan voor kanker.

2065  
2066 Daarnaast kunnen als onderdeel van de Zorgstandaard ook praktische handreikingen worden  
2067 geboden voor de uitvoering van bepaalde onderdelen uit het zorgproces. Te denken valt aan (niet  
2068 limitatief):

- 2069 • gestandaardiseerde dossiervoering;
- 2070 • het voeren van oplossingsgerichte gesprekken;
- 2071 • het opstellen van een mondzorgplan;
- 2072 • protocollen voor toegeleiding van patiënten naar het mondzorgteam;
- 2073 • samenwerkingsafspraken binnen het mondzorgteam.

2074  
2075 De concrete uitwerking van dergelijke zorgmodules gericht op specifieke doelgroepen en  
2076 handreikingen voor bepaalde zorgprocessen maken deel uit van de implementatie en het onderhoud  
2077 van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg. De ontwikkelde aanvullende zorgmodules en  
2078 handreikingen krijgen een plek in de webbased versie van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg,  
2079 waarmee een levend document ontstaat dat praktische handvatten biedt voor de dagelijkse praktijk.  
2080 Hierbij is sprake van een gelaagde opbouw die bestaat uit:

- 2081 • de *Zorgstandaard Tandprothetische Zorg* als generieke basis voor het bieden van goede  
2082 tandprothetische zorg;
- 2083 • *aanvullende zorgmodules* als inhoudelijke verdieping van tandprothetische zorg gericht op  
2084 specifieke doelgroepen;
- 2085 • en *richtlijnen en hiervan afgeleide protocollen en handreikingen* als praktische handvatten  
2086 voor de dagelijkse praktijk.

2087  
2088 De bestaande werkgroep voor de herziening van de Zorgstandaard (zie bijlage I voor de huidige  
2089 samenstelling van de werkgroep) zal worden gevraagd om het implementatieplan vorm te geven en  
2090 periodiek te beoordelen of aanpassing cq uitbreiding van de Zorgstandaard nodig is. Daarbij worden  
2091 alle relevante beroepsverenigingen, tandprothetici en patiëntvertegenwoordigers betrokken. De  
2092 verwachting is dat de werkgroep in het najaar van 2025 kan beginnen met het opstellen van het  
2093 implementatieplan.

2094  
2095 Herziening van de inhoud van de zorgstandaard vindt eens per 5 jaar plaats of eerder indien gewenst.  
2096 De volgende herziene versie van de Zorgstandaard Tandprothetische Zorg wordt verwacht in het  
2097 voorjaar van 2030.

2098